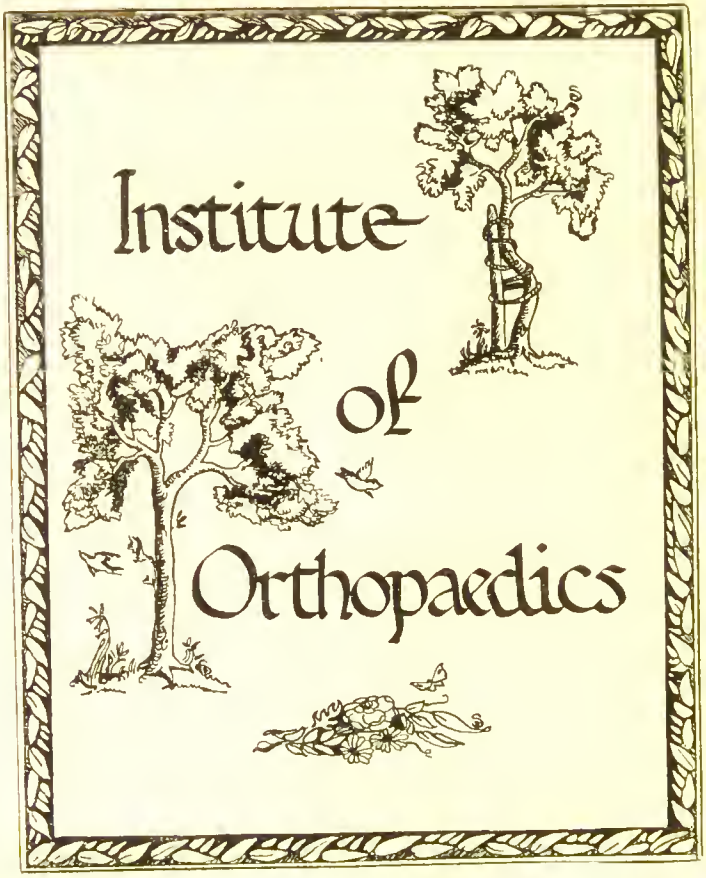
F. CALOT

TRAITEMENT DE LA COXALGIE

MASSON, & Cie EDITEURS


Institute
of
Orthopaedics

Presented by
Mrs. R. B. Murray
from the library of
Sir Henry Rawson

Book.

C. H. SC
C. B. Cop.

LE TRAITEMENT

DE

LA COXALGIE

Droits de traduction et de reproduction réservés pour le texte et les figures.

LE TRAITEMENT

DE

LA COXALGIE

PAR

LE DOCTEUR F. CALOT

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOPITAL ROTHSCHILD
DE L'HOPITAL CAZIN-PERROCHAUD
ET DU DISPENSAIRE DE BERCK

AVEC 41 FIGURES EN PHOTOGRAVURE

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCCXCV

1538

964863

TRAITEMENT

DE LA

COXALGIE

INTRODUCTION

Si la coxalgie est réputée plus grave que les autres tumeurs blanches, c'est parce qu'elle est plus mal soignée.

Si les médecins sont si peu familiarisés avec le traitement de la coxalgie, c'est parce que les chirurgiens qui s'en sont plus spécialement occupés ne sont d'accord sur presque aucun des points essentiels de ce traitement.

Après avoir étudié et appliqué les diverses méthodes en faveur, nous indiquerons comment nous les avons adoptées et modifiées pour en tirer, aux diverses périodes de la maladie, les résultats les meilleurs.

Supériorité du traitement par nous adopté et modifié, établie par nos statistiques qu'il est permis de contrôler à Berck-sur-Mer, autant à l'hôpital Rothschild qu'à l'hôpital Cazin-Perrochaud.

On répète et l'on imprime volontiers qu'avec Bonnet (de Lyon) le traitement de la coxalgie est depuis quarante ans sorti du chaos....

Mais n'est-ce point encore une sorte de chaos et de confusion des langues que ce désaccord profond, ces divergences d'opinions des chirurgiens accrédités, sur presque tous les points essentiels de cette grande question thérapeutique?

Doit-on s'étonner qu'il n'y ait peut-être pas une maladie aussi peu et aussi mal soignée par le grand public médical, alors qu'il n'en est pas une sur laquelle les médecins et chirurgiens d'enfants, naturellement désignés pour décréter les règles du traitement, soient aussi loin de s'entendre?

Les preuves de ce désaccord abondent. Et tout d'abord, dans une coxalgie au début, il n'est point indifférent d'être habitant de l'ancien ou du nouveau monde. Vérité en deçà de la Manche ou de l'Atlantique, erreur au delà!

Là-bas, le malade devra marcher de par ordre des chirurgiens orthopédistes les plus réputés. On lui donnera un tuteur plus ou moins rigide et assurant une immobilité très relative, car, en Amérique, Sayre, l'un des chirurgiens les plus éminents de ce pays, a écrit que le séjour prolongé au lit c'est le dépérissement du malade, l'aggravation de la maladie, et souvent la mort. Dans les cas de guérison, c'est l'ankylose.

Ici, en France, ce même malade sera condamné à conserver la position couchée. Ce sera

le postulatum fondamental de son traitement et de sa guérison ; et cela est si vrai que tout chirurgien consciencieux refusera ses soins à un coxalgique qui ne voudrait pas se tenir au repos.

Mais en France même, est-ce bien un article de foi que l'immobilisation au début de la coxalgie ?

L'accord est plus apparent que réel entre les divers médecins et chirurgiens d'enfants.

Tout au plus s'entendent-ils sur un seul chapitre : celui de la nécessité de maintenir le malade au repos au lit.

Et sur ce point même, l'accord est bien superficiel et tout d'apparence, puisque les uns laissent leurs petits malades au repos pendant plusieurs années et les autres pendant quelques jours seulement (à l'exemple de Bonnet, qu'on cite partout, à tort, comme partisan du repos prolongé, et qui ne laissait ses malades au lit que pendant une à deux semaines).

En vérité, ceux-ci se rapprochent bien moins des premiers que des chirurgiens américains ou anglais, dont ils condamnent les doctrines.

Pour ceux qui s'accordent sur la nécessité du repos prolongé dans la position couchée, ils se séparent sur le traitement supplémentaire à imposer à leurs petits malades soumis au décubitus.

Les uns pensent que l'objectif à poursuivre c'est de compléter l'effet du repos au lit, en réalisant, à l'aide d'un appareil spécial, l'immobilisation absolue des deux leviers articulaires, immobilisation absolue qui favoriserait mieux que toute autre méthode la guérison du foyer tuberculeux et pourrait seule prévenir sûrement les déviations et les difformités du membre inférieur malade.

Les autres estiment que le repos relatif de la jointure suffit, et leur préoccupation constante est d'empêcher la compression des surfaces articulaires, ce qu'ils demandent à « l'extension continue ».

Enfin, il en est qui, n'ayant pas d'opinions bien arrêtées, ont, en disciples soumis, pris la façon de faire de leurs maîtres, bien qu'ils s'en soient médiocrement trouvés ; mais ne voulant blesser ni la vérité ni Platon, ils s'essaient à faire à la fois de l'immobilisation absolue et de l'extension continue du membre malade, prétendant réunir ainsi les avantages des deux méthodes. Ils n'arrivent guère qu'à réunir leurs inconvénients.

S'agit-il de coxalgies suppurées, le désaccord n'est pas moins brutal.

Les uns se hâtent de réséquer cette hanche qui suppure, l'opération pouvant seule, disent-ils, amener la guérison.

D'autres, des chirurgiens d'égale valeur, s'y refusent complètement, estimant que la résection est désastreuse au point de vue orthopédique.

Il est intéressant de remarquer que les Allemands qui faisaient, il y a quinze ans, non seulement la résection de toutes leurs coxalgies suppurées, mais encore des résections précoces, ont abandonné cette opération qu'ils ont jugée et condamnée sans appel dans un de leurs derniers congrès.

En France, nous assistons, ce me semble, à une évolution inverse.

On ne faisait guère de grandes interventions chirurgicales, il y a quinze à vingt ans, dans le cas de coxalgie.

Actuellement, il est quelques chirurgiens, devenus sans doute plus familiers avec la technique de l'opération, qui n'hésitent pas à réséquer largement toutes leurs coxalgies suppurées ou, du moins, toutes celles qui s'accompagnent de fistules quelque peu rebelles. Il en est même quelques-uns, et non des moindres, qui n'attendent pas, dans certains cas de coxalgies douloureuses, l'apparition du pus.

S'agit-il enfin de coxalgiques guéris avec des déviations et des difformités, et venant demander un remède à ces difformités qui sont parfois des infirmités complètes, l'attitude des chirur-

giens spécialistes n'est pas moins dissemblable.

C'est l'abstention pour la plupart. Vouloir toucher à ces hanches autrefois si malades, serait folie, ce serait s'exposer à rallumer des foyers encore mal éteints.

Les autres, plus hardis ou mieux renseignés sur les risques infimes d'une intervention, corrigent ces infirmités par des moyens divers.

Est-il nécessaire d'en dire plus long pour établir le désarroi et la confusion de la thérapeutique chirurgicale en présence de la coxalgie?

Si ceux qui s'occupent spécialement du traitement de cette maladie soutiennent des opinions toujours si différentes et parfois si diamétralement opposées, peut-on demander au médecin qui ne voit un coxalgique que de loin en loin d'avoir une règle de conduite bien définie pour diriger le traitement de ces malades?

Des esprits peu sérieux vont-ils essayer de soutenir que tous les traitements sont peut-être bons et toutes les opinions peut-être raisonnables?

Est-il acceptable que les chirurgiens français qui ordonnent le repos au lit et les chirurgiens américains qui le proscrivent aient également raison?

Est-il soutenable que ceux qui résèquent moitié de leurs coxalgiques (il y en a) et ceux

qui en résèquent 1 à 2 pour 100, ou pas un seul, servent pareillement la cause de leurs malades?

Faut-il chercher ailleurs que dans cette anarchie thérapeutique la raison de la gravité de la coxalgie comparée aux autres tumeurs blanches?

Car il est certain que la coxalgie inspire une frayeur plus grande aux familles et aux médecins que les tumeurs blanches des autres jointures.

Les uns et les autres savent qu'elle fait plus de victimes et que les enfants à qui elle laisse la vie sauve restent trop souvent amoindris, soit par une boiterie, soit par une véritable difformité.

Et cependant, cette manifestation de la tuberculose externe n'est pas plus maligne que les autres; mais son traitement est beaucoup moins connu, beaucoup moins réglé.

Il importe souverainement, pour l'avenir des coxalgiques, que l'entente se fasse, sur les points essentiels tout au moins, entre les chirurgiens chargés de les soigner, afin que des indications précises puissent être formulées.

Le jour où il sera prouvé que telle méthode présente une incontestable supériorité sur toutes les autres, qu'est-ce qui empêchera l'entente?

Est-ce le respect de la doctrine du maître, ou

l'attachement aveugle à un procédé dont on est l'inventeur?...

J'ai pu voir à Berck plusieurs centaines de coxalgiques venus de tous les points de la France et de l'étranger.

Recherchant le traitement le meilleur au double point de vue de la guérison du foyer tuberculeux, cause de la maladie, et de la conservation de la forme et des fonctions du membre atteint, j'ai appliqué et étudié moi-même toutes les méthodes qui m'ont paru rationnelles.

J'ai traité les coxalgies au début par le repos au lit en y ajoutant soit l'extension continue, soit l'immobilisation parfaite.

A côté de ces malades, j'ai pu voir des enfants soignés par d'autres chirurgiens à l'américaine, c'est-à-dire autorisés à marcher, soutenus par un appareil avec ou sans traction.

Quant aux coxalgies suppurées, nous avons également employé les deux méthodes opposées : la résection dès l'apparition du pus et le traitement conservateur à outrance.

Enfin, j'ai soigné et opéré de nombreux coxalgiques « guéris » avec des déviations ou des infirmités datant de plusieurs années.

Je crois donc avoir le droit de dire sans présomption que je puis, à l'heure actuelle, porter

un jugement sur la valeur des diverses méthodes de traitement de la coxalgie.

J'exposerai sans parti pris les enseignements qui se dégagent de ma pratique personnelle.

Je n'ai pas été obligé, comme tant d'autres chirurgiens, d'adopter tel traitement par seul respect de la tradition ; je n'ai accepté telle méthode ou tel procédé qu'après voir bien et dûment constaté qu'ils me conduisaient plus sûrement au but qui doit être, je le répète, de guérir le foyer tuberculeux et de conserver un membre utile au malade.

Mais je ne sache pas d'attitude aussi peu scientifique que celle du chirurgien qui s'en va disant : La formule définitive du traitement de la coxalgie est trouvée, ma méthode est la meilleure.

Affirmer ne suffit pas, il faut prouver.

Or, je ne connais pas de meilleure démonstration que de présenter les résultats de ces méthodes.

On trouvera à la fin de ce traité la statistique intégrale de toutes les coxalgies que j'ai soignées depuis près de deux ans, c'est-à-dire depuis que mon opinion est faite sur la valeur respective des diverses méthodes.

Et c'est d'après ces statistiques, et non d'après des affirmations, que je demande au public médical d'apprécier la valeur de ma thérapeutique.

Je déclare que je suis prêt à en adopter une autre, dès qu'on m'aura démontré que cette autre conduit plus sûrement les coxalgiques à la guérison et leur laisse des membres plus utiles.

Ces résultats, on peut les contrôler dans mes deux services de l'hôpital Rothschild et de l'hôpital Cazin-Perrochaud de Berck.

A l'hôpital Cazin-Perrochaud seul, je compte actuellement 85 lits affectés à des coxalgiques à toutes les périodes de la maladie.

On y peut voir combien le traitement de la coxalgie est simplifié.

Je serais tenté de dire, avec mes aides et mon personnel, que c'était autrefois la maladie la plus difficile à soigner et actuellement celle qui a le traitement le plus simple et le plus commode.

Autant cette maladie nous donnait autrefois, ainsi qu'à tous les chirurgiens, de mécomptes, autant elle nous donne actuellement de résultats excellents.

J'estime que nous sommes à peu près tout-puissants pour triompher d'une coxalgie qu'on nous livre au début, si nous réussissons à faire accepter par les familles le traitement général et le traitement local qui nous paraissent les meilleurs.

Au point de vue orthopédique, nous pourrons

empêcher les attitudes vicieuses et, partant, les raccourcissements et réduire, sinon prévenir toujours complètement, la boiterie.

Nous pouvons, d'autre part, arrêter à peu près sûrement la marche en avant du foyer tuberculeux.

Cette constatation est de nature à remplir de confiance le médecin appelé auprès d'un coxalgique au début. Mais qu'il se pénètre bien du sentiment de sa responsabilité. J'ose dire que le sort de son malade est entre ses mains, que le petit malade guérira et sortira de la maladie plus ou moins amoindri, suivant que le traitement aura été dirigé de telle ou telle façon, et plus ou moins surveillé par lui.

Le malheur est qu'on nous apporte souvent des enfants qui sont déjà à la période de suppuration.

On verra tout ce que peut encore à cette période un traitement bien dirigé. Nous pouvons avoir presque toujours raison de la suppuration par ce que j'appellerai les petits moyens, n'ayant à recourir aux interventions chirurgicales que dans les cas tout à fait exceptionnels. Et nous pouvons encore ici rendre à nos petits malades un membre toujours très utile et, dans certains cas, sensiblement normal.

Enfin, si nous ne sommes consultés que lorsque la difformité est acquise, déjà ancienne de

plusieurs années, nous ne sommes pas encore désarmés.

Il suffit, pour s'en convaincre, de lire l'histoire que nous avons récemment publiée dans la *Revue d'orthopédie*[1] de 21 coxalgiques guéris avec des raccourcissements de 10, 15, 20 centimètres dont plusieurs dataient de six et sept ans, et chez qui une intervention chirurgicale sans danger a réduit ce raccourcissement à 2, 3, 4 centimètres et ainsi supprimé presque complètement la boiterie.

1. *Revue d'orthopédie* (nos mars et mai 1895).

CHAPITRE I

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT DE LA COXALGIE

La coxalgie vraie est une tuberculose de la hanche.

Les chirurgiens ont voulu faire l'extirpation immédiate du foyer tuberculeux.

Mécomptes laissés par les résections précoces.

Insuffisance des injections interstitielles destinées à éteindre le foyer morbide.

Le seul traitement orthopédique peut conduire à la guérison. La tuberculose a une tendance naturelle à guérir dans certaines conditions. Le traitement local et le traitement général auront pour objectif de faire naître et de développer ces conditions.

Le traitement local devra s'occuper en outre des modifications de forme, d'attitude et de fonctions que la coxalgie peut amener dans le membre inférieur.

Il est une notion capitale, universellement acceptée aujourd'hui, c'est que la coxalgie vraie est une tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale, en d'autres termes, une tuberculose de la hanche.

Dès que le diagnostic est posé, l'objectif du

chirurgien est la destruction du foyer bacillaire qui cause la maladie.

Le traitement idéal des maladies infectieuses, le traitement de l'avenir, c'est la vaccination.

Malheureusement le vaccin antiphymique n'est pas encore trouvé.

Avons-nous du moins, pour combattre la tuberculose sous ses diverses formes, une médication interne aussi efficace que l'iodure de potassium et le mercure contre la syphilis, le salicylate de soude contre le rhumatisme franc, le sulfate de quinine et l'arsenic contre la malaria?

Hélas! non, pas encore tout au moins. Pas plus que le vaccin, le médicament véritablement spécifique du virus tuberculeux n'est pas encore connu.

Mais il est à remarquer qu'il s'agit ici d'une manifestation externe de la tuberculose, c'est-à-dire d'une manifestation morbide accessible et saisissable pour le chirurgien.

Pourquoi celui-ci n'irait-il pas à la recherche de ce foyer tuberculeux, cause de la maladie, dès que son existence est reconnue?

Mais vous ne le pouvez pas, dira-t-on. Vous ne le pouvez pas, puisque la tuberculose est une maladie générale, et que la coxalgie n'est que la signature de cette infection totale de l'organisme.

On ne supprime pas la syphilis parce qu'on a supprimé le chancre.

Voilà certainement l'un des problèmes les plus intéressants de la pathologie : la légitimité des interventions chirurgicales dans le traitement de la tuberculose externe!

Mais cette question d'intérêt capital doit être définitivement résolue aujourd'hui par l'affirmative. Nous savons, à l'heure actuelle, que la tuberculose n'envahit pas d'emblée l'organisme entier, si ce n'est dans des cas infiniment rares, qui échappent d'ailleurs d'une manière presque absolue à toute intervention soit du médecin, soit du chirurgien.

L'expérimentation et la clinique nous enseignent que la tuberculose frappe d'abord un organe et peut rester longtemps ou même indéfiniment locale.

Pour ce qui nous occupe, si la coxalgie n'est parfois que l'une des localisations d'une tuberculose à manifestations multiples, 95 fois sur 100 la tuberculose de la hanche est une maladie primitive, isolée, indépendante, autonome.

Ainsi donc, si le chirurgien ne peut pas, en supprimant le chancre, guérir le syphilitique, il peut, en supprimant le foyer tuberculeux de la hanche, guérir complètement le coxalgique.

Forts de cette autorisation que leur octroyait la pathologie générale de prendre leur bistouri,

les chirurgiens, comme on pouvait s'y attendre, en ont usé largement; et cet ennemi qu'on ne pouvait pas atteindre par une médication interne, dès que sa présence a été signalée dans la région de la hanche, ils ont fouillé cette région en tous sens pour le dépister, le poursuivre dans tous ses recoins et l'enlever de partout.

C'est la période des résections précoces faites en Amérique et en Allemagne. Tout enfant reconnu ou même soupçonné coxalgique était justiciable d'une résection de la hanche.

Cette conduite et cette hardiesse paraissaient inspirées par la logique et la raison.

Supprimer radicalement le foyer morbide, c'était arrêter ses ravages dans la région qu'il avait envahie et c'était sauver l'organisme pour qui ce foyer tuberculeux était, malgré tout, une perpétuelle menace.

C'était d'un coup rendre le coxalgique à la santé parfaite et à la vie normale.

Mais, hélas! réséquer une hanche n'est pas enlever une gomme bacillaire de la peau ou un ganglion tuberculeux.

La résection faite même dans ces conditions idéales, sans être précisément grave, ne laisse pas que d'être une opération toujours sérieuse.

En second lieu, il est rarement possible, même au chirurgien qui opère dès la première

heure, d'arriver, à moins de commettre de grands dégâts, à découvrir dans les extrémités osseuses où ils siègent d'ordinaire tous les produits tuberculeux, et de les enlever sûrement et complètement. L'opération parcimonieuse reste donc trop souvent une opération inutile ou insuffisante; et la résection large laisse des résultats orthopédiques trop fréquemment déplorables, tous les réséqués de la hanche étant plus ou moins des infirmes. Mais la résection large ne pouvait elle-même prétendre à l'ablation totale des tissus malades, puisque les ganglions inguinaux et iliaques sont presque toujours, sinon toujours, intéressés dès la période de début de la coxalgie et que la résection de la hanche ne les atteint pas.

Et nous ne voulons pas parler ici de ces cas trop nombreux où la résection n'avait servi qu'à répandre dans tous les tissus traumatisés de la région les bacilles tuberculeux jusqu'alors cantonnés dans un point et ouvert la porte à des suppurations interminables.

La résection était donc loin d'apporter à tous coups la guérison immédiate, comme on l'avait espéré, et les guérisons qu'elle apportait étaient trop chèrement achetées.

On était ainsi naturellement amené à se demander s'il n'était pas possible d'arriver sans causer de pareils traumatismes à atteindre

cependant le bacille ou ses produits dans cette région accessible.

C'est poser la question de la valeur des injections interstitielles et, d'une manière générale, de tous les agents chimiques ou physiques préconisés pour détruire le foyer tuberculeux de la coxalgie.

Les Allemands ont vanté les injections d'acide phénique, puis celles de glycérine iodoformée.

En France, le fer rouge porté profondément dans les tissus a eu un instant de faveur; puis sont venues les injections de chlorure de zinc, le mode d'action de ces deux procédés n'étant pas sans analogie.

Nous aurons à revenir sur cette question à propos du traitement de la coxalgie à la période initiale. Qu'il nous suffise de faire remarquer ici que : 1° il n'y a pas de topique qui, porté sur le foyer tuberculeux, puisse l'éteindre sûrement; 2° il nous est impossible ici de porter le remède sur le mal : parce que le siège exact du mal ne peut être précisé sans ouvrir la jointure; parce que nous savons, de par les enseignements de l'anatomie pathologique, que le foyer morbide naît presque toujours dans l'intimité du tissu osseux, c'est-à-dire dans un point que ne peuvent atteindre les injections interstitielles, et enfin parce que dans les cas très rares où ce foyer siège dans les tissus périarticulaires.

nous ne pouvons l'atteindre qu'en très petite partie, en raison de la disposition anatomique de la région coxo-fémorale.

Le bistouri est, en somme, une arme autrement sûre et puissante ici que la seringue de chlorure de zinc.

Mais, nous l'avons dit, l'intervention sanglante n'apporte la guérison qu'au prix d'une infirmité. Qu'importe néanmoins l'étendue du sacrifice, la raison ne commande-t-elle pas de passer outre si véritablement la guérison n'est qu'à ce seul prix : la résection des extrémités articulaires!...

Fort heureusement il n'en est pas ainsi. L'anatomie pathologique nous enseigne que l'évolution d'un foyer tuberculeux n'est pas fatalement progressive, comme celle de la pustule maligne et du cancer. En étudiant de près l'évolution du tubercule, on a reconnu qu'il avait une double tendance : qu'il subissait, suivant les cas, la transformation caséeuse ou la transformation fibreuse. Si la caséification conduit généralement à un envahissement des tissus voisins, à l'aggravation de la maladie, la transformation fibreuse est une tendance vers la guérison. On voit chaque jour des gommes tuberculeuses de la peau se transformer ainsi en noyaux fibreux de guérison.

Cette transformation fibreuse, qui est le mode

de guérison du tubercule, peut se faire spontanément. En d'autres termes, les manifestations tuberculeuses peuvent guérir sans aucune intervention soit du médecin, soit du chirurgien.

Ainsi en est-il de la coxalgie ? Tous les médecins ont vu d'anciens coxalgiques guéris sans avoir jamais reçu de soins.

La guérison spontanée de la coxalgie est, il est vrai, extrêmement rare. Mais nous possédons des moyens presque tout-puissants de provoquer et de développer cette tendance du foyer tuberculeux de la hanche à évoluer suivant le mode de guérison.

Ces moyens sont de deux ordres :

Les premiers, activant la nutrition générale, augmentent la force de résistance de tous les tissus de l'organisme et modifient leur mode de réaction devant l'ennemi. Leur étude fera l'objet du chapitre consacré au traitement général la coxalgie.

Les autres s'adressent directement à l'organ atteint et ont pour but de créer de diverses façons, en particulier par le repos et l'immobilisation absolue des tissus malades, des co tions défavorables à la progression du tubercule et partant propices à sa transformation fibreuse. Leur emploi constitue le traitement local de la coxalgie.

Le traitement général et le traitement local

poursuivent, par conséquent, par des moyens différents, le même but : ils doivent se prêter un mutuel appui et non s'exclure l'un l'autre.

Cette thérapeutique nous conduira d'une manière presque absolument certaine à la guérison; et puisqu'elle nous y conduit avec le minimum de dommages pour le coxalgique, c'est elle que nous devons évidemment préférer autant que possible.

Autant que possible.... Cette restriction est nécessaire, parce qu'il est des cas où, pour des raisons diverses, presque toujours parce que la maladie n'a pas été traitée à temps, on ne peut pas espérer arriver à la guérison sans consentir à un sacrifice plus ou moins coûteux. Mais combien rares seront ces grandes interventions! Combien rares elles seraient surtout si les malades nous étaient conduits au début de leur coxalgie! Je l'ai dit dans l'introduction : nous sommes à peu près tout-puissants à cette période pour guérir le coxalgique et lui conserver un membre de forme et de fonctions normales. Nous verrons combien nous sommes encore puissamment armés lorsque nous sommes en présence de ces lésions avancées de la coxalgie, réputées partout incurables autrefois.

Car à une période avancée de la maladie la suppression du foyer tuberculeux ne suffit plus.

Ce foyer tuberculeux a produit des ravages et des désordres articulaires qu'il nous faudra réparer; c'est une attitude vicieuse de date récente ou une déviation déjà ancienne et en apparence définitive; c'est un abcès qui s'est formé autour de la hanche malade; c'est une ou plusieurs fistules.

Si le traitement général reste le même, l'apparition de ces complications crée des indications et des obligations nouvelles au chirurgien chargé du traitement local. C'est dans la manière dont il saura interpréter et remplir ces indications que se révélera le mérite du chirurgien. Sans vouloir anticiper sur l'étude de ces questions qui sera faite plus loin, nous disons dès maintenant : le chirurgien doit toujours donner la préférence aux méthodes et aux procédés qui causeront le moins de dommages et de mutilations. Il doit non seulement sauver la vie du coxalgique, mais lui laisser un membre utile. Que l'intérêt vital du malade ne lui fasse pas oublier son intérêt orthopédique.

On devine combien il sera parfois difficile de prendre parti pour telle méthode plutôt que pour telle autre. Aussi je ne crains pas de dire, à l'encontre de nos grands-pères, que si l'on doit s'occuper en même temps du traitement général et du traitement local de la coxalgie, le traitement local prime l'autre et est bien plus difficile

à établir. Je dirai, pour mieux faire saisir ma pensée, sous une autre forme : Il vaut mieux pour un coxalgique vivre dans une salle de nos hôpitaux parisiens sous la surveillance d'un bon chirurgien, que de vivre à Berck sans direction médicale.

CHAPITRE II

PROPHYLAXIE DE LA COXALGIE CHEZ LES ENFANTS PRÉDISPOSÉS

On ne peut guère que poser la question, dans l'état actuel de la science.

C'est d'abord la prophylaxie de la tuberculose en général.

D'une enquête personnelle faite pour établir d'une manière précise les causes *prochaines* de la coxalgie, il ressort que :

1° les traumatismes de la région de la hanche, coups et chutes,

2° le surmenage physique des enfants (exercices de gymnastique chez les grands, marche précoce chez les tout petits)

expliquent très souvent la localisation de la tuberculose à la hanche.

Mais assez fréquemment la coxalgie succède immédiatement à une autre maladie, fièvre éruptive, rougeole surtout, et la raison de cette localisation spéciale de la tuberculose nous échappe.

Peut-on prévenir l'apparition de la coxalgie? Cette question, qui paraît étrange au premier abord, nous a été maintes fois posée par des parents qui ont des raisons particulières de redouter cette maladie pour leurs enfants.

Mais la question intéresse tout le monde. Qu'on le sache bien, cette maladie peut éclore dans tous les milieux, apparaître dans les familles les plus orgueilleuses de leur solide constitution et y frapper les enfants qui étaient précisément les plus vigoureux. La coxalgie congénitale vraie est une infime exception; et jusqu'à ce que le vaccin anti-tuberculeux ait été trouvé, personne ne sera sûrement à l'abri des coups de la coxalgie....

Placés dans le même milieu, enfants vigoureux et enfants débilités sont également guettés par le bacille tuberculeux, et l'on peut dire en toute vérité que nous soutenons tous un combat perpétuel contre cet agent infectieux. Chez les uns comme chez les autres, il pénètre fréquemment dans la place, mais trouvant chez les premiers un terrain réfractaire à son développement, il avorte et meurt. Mais ne suffit-il pas que sous une influence quelconque, traumatisme ou maladie, cet enfant, jusqu'alors très vigoureux, faiblisse un instant, pour que l'ennemi puisse triompher de lui, s'installe dans son organisme et s'y développe, donnant ici une coxalgie, là une autre manifestation de la tuberculose.

La prophylaxie de la coxalgie sera donc tout d'abord celle de la tuberculose en général, que nous n'avons pas à développer ici, et dont nous

indiquerons simplement les très grandes lignes.

Les mesures de préservation doivent poursuivre un double objectif :

1° *Diminuer la vigueur de l'attaque*. Et le plus sûr moyen de triompher de cet ennemi, c'est de le fuir. Cet enfant que vous voulez préserver, éloignez-le des foyers et des agents de la contagion tuberculeuse ;

2° *Organiser la défense* en *augmentant la résistance* de tous les enfants menacés, de manière à faire de leur organisme par le choix du milieu, par l'hygiène, et l'alimentation un terrain réfractaire à l'éclosion de la tuberculose.

Le devoir du médecin qui veut faire de la prophylaxie de la tuberculose est de signaler à tous, sans trêve et sans ménagement, ses foyers et ses agents de contagion.... Le public ne doit-il pas les connaître pour s'en garder?

Nous savons actuellement que les deux voies ordinaires suivies par le bacille pour pénétrer dans l'organisme sont la voie pulmonaire et la voie digestive, et beaucoup plus rarement les muqueuses ou la peau.

C'est d'abord la voie pulmonaire, et l'air est dans ce cas le véhicule du germe infectieux : d'où il découle que l'atmosphère empestée des grandes villes apporte, d'une manière continue à tous les enfants qui les habitent, des agents

de destruction et de mort. Acceptez donc pour tous les enfants prédisposés, soit par l'hérédité soit par une maladie antérieure, pour tous les petits candidats à la tuberculose, l'émigration à la campagne tant prêchée par Verneuil ou mieux encore l'émigration à la montagne et à la mer où l'air est encore plus pur.

Sur plus de trois mille malades visités par nous au Dispensaire de Berck, nous n'avons observé chez les indigènes que 2 cas de coxalgie.

Mais il faut bien le dire, pour bon nombre d'enfants prédisposés et tuberculisables, le danger n'est pas dans la rue ; il est dans leur maison même et se déplace avec eux, et de celui-là personne n'a cure....

Et voilà bien le mode le plus fâcheux suivant lequel agit l'hérédité. L'enfant était indemne à la naissance, mais sa mère tuberculeuse l'a contaminé en lui donnant le sein. C'est encore elle, ou le père, ou l'un des proches qui, mal guéri de ce qu'on appelle un « vieux catarrhe » pulmonaire, déverse à jet continu, par l'expiration et les crachats, dans l'air que cet enfant respire, des agents de contagion tuberculeuse.

Je pourrais citer dans la liste de mes coxalgiques un assez bon nombre d'exemples indiscutables de ce mode de contamination....

Si donc vous voulez préserver ces enfants, ayez le courage de les enlever non seulement

aux ennemis du dehors, mais encore à ceux du dedans, à leurs parents!

Ce serait une révolution! et celle-ci heurte de front trop de sentiments d'ailleurs très respectables et trop d'intérêts majeurs pour qu'elle ait des chances de réussir jamais.

Mais à cette mère tuberculeuse, qui, ayant déjà un enfant coxalgique, nous a demandé le moyen de préserver celui qui est encore indemne, avons-nous le droit de cacher le seul moyen quelque héroïque, quelque cruel que soit ce moyen, d'y réussir? A qui profiterait le silence?

Et si elle refuse de suivre notre avis et de se séparer de son enfant ne pouvons-nous pas lui dire avec Michelet dans son beau livre sur la mer : « L'aimez-vous votre enfant? oui, sans doute, et cependant vous le tuez! »...

La deuxième voie de pénétration du bacille dans l'organisme est le tube digestif, et le véhicule sera ici la viande des animaux tuberculeux et plus souvent encore les viscères, le cerveau, les os de ces animaux; le lait surtout.

On sait le moyen de se garder de ces dangers par la stérilisation ou la cuisson de ces aliments et nous ne pouvons insister ici.

La prophylaxie de la tuberculose s'occupe en deuxième lieu, avons-nous dit, d'augmenter par tous les moyens la résistance de l'organisme et de le rendre ainsi réfractaire à l'éclosion et

au développement du bacille tuberculeux. En réalité, les mêmes moyens permettent de satisfaire à ces deux indications. Ainsi l'air de la montagne ou de la mer n'agit pas seulement parce qu'il est plus pur et dépouillé presque de tout germe infectieux, mais encore parce qu'il stimule davantage la nutrition générale du sujet, augmente l'appétit et permet la suralimentation : bon climat, bonne hygiène, vie au grand air, suralimentation, ce sont là autant de facteurs contribuant à augmenter la résistance de l'organisme.

Mais ces considérations, que nous ne pouvions cependant pas passer sous silence, ont une portée trop générale; elles s'appliquent aussi bien à la prophylaxie de l'adénite tuberculeuse que de la coxalgie.

Nous devons serrer notre sujet de plus près et nous demander si nous sommes en mesure de donner quelques indications spéciales à la prophylaxie de la tuberculose de la hanche.

J'ai entrepris, pour répondre à cette question, une enquête très minutieuse auprès des familles de 80 de mes coxalgiques, et j'ai cherché à établir, aussi exactement que possible, les conditions sous l'influence desquelles paraît s'être développée la coxalgie.

Cette enquête, on le conçoit aisément, est très difficile à mener à bien. Les parents ne

donnent pas toujours des renseignements véridiques soit par ignorance, soit plus souvent encore par mauvaise volonté, cachant trop fréquemment, par exemple, la marque héréditaire, à l'égal d'une tare inavouable, comme s'il était plus déshonorant d'être fils d'un tuberculeux que d'un cancéreux, ou d'un syphilitique, ou d'un goutteux; car on peut certainement relever l'une de ces maladies dans l'histoire de toutes les familles, et « il faut bien être quelque chose », comme le disait familièrement l'un de nos maîtres en faisant allusion à cette préoccupation inquiète des parents de cacher la tuberculose de leurs ancêtres.... Mais tous les raisonnements n'y font rien, le préjugé existe spécialement pour le vice tuberculeux.

Fort heureusement je connaissais parfaitement l'histoire pathologique de presque toutes ces familles et j'ai pu combler les lacunes laissées souvent par les parents dans la colonne des antécédents héréditaires.

C'est pour cette raison que cette enquête est beaucoup plus complète qu'on ne pourrait craindre. Elle m'a paru renfermer des renseignements bons à être publiés.

Plus des deux tiers de ces enfants (57) venaient de Paris, bien que nous recevions à Berck des enfants venus de partout.

Leur âge variait de un à vingt-quatre ans, avec

une proportion beaucoup plus grande pour la deuxième enfance : ceci est classique.

Si, dans 54 cas, il s'agissait d'enfants chétifs et « délicats », 26 fois l'enfant était jusqu'alors très vigoureux.

Je n'ai trouvé une influence héréditaire bien nette que dans 26 cas : c'est-à-dire chez le tiers à peine de nos coxalgiques.

Riches et pauvres m'ont paru entrer dans cette liste en proportion sensiblement égale et peut-être cependant les riches sont-ils un peu moins nombreux. On comprend qu'il est assez malaisé de faire la démarcation entre les uns et les autres.

Voici maintenant les causes occasionnelles ou déterminantes auxquelles j'ai cru pouvoir rapporter le début de la coxalgie :

A *un traumatisme de la hanche* (coup ou chute), 21 fois. Je n'ai fait entrer en ligne de compte que les coups ou chutes graves ayant provoqué une visite du médecin ou tout au moins nécessité quelques soins de la part des parents;

A un *surmenage physique* ou à une *fatigue évidente*. . . . . 9 fois;

A la rougeole . . . . . 14 fois;

A la scarlatine. . . . . 2 fois;

A la coqueluche . . . . . 2 fois;

A une pleurésie	1 fois;
A une fièvre muqueuse.	2 fois;
A une entérite ou « dysenterie » . .	3 fois;
A une adénite cervicale avec otorrhée.	3 fois;
A une adénite cervicale seule. . . .	5 fois;
Au mal de Pott.	3 fois;
A d'autres tuberculoses externes. . .	3 fois.

Restent 12 cas où je n'ai pas pu saisir une cause de quelque valeur pour expliquer l'apparition de la coxalgie, je veux parler d'une cause *prochaine*, appréciable, car chez 7 de ces enfants, nous avons trouvé des antécédents héréditaires; il en est resté 5 seulement chez qui on ne pouvait invoquer ni hérédité, ni maladie antérieure, ni traumatisme; mais, détail à noter, tous les 5 venaient d'une grande ville : 3 de Paris, 1 d'Amiens, 1 de Reims.

Quelles conclusions pratiques allons-nous tirer des résultats de cette enquête?

Le traumatisme est invoqué presque toujours par les parents comme la cause certaine de la coxalgie. Lorsqu'on les oblige à préciser, on reconnaît que, dans la majorité des cas, cette opinion n'est pas rationnellement soutenable.

Mais, cette élimination faite, nous avons pu conserver 21 cas où la cause probable de la maladie est le traumatisme.

Dans quelques-uns, la relation entre le traumatisme et la coxalgie est évidente. Un enfant d'Amiens, âgé de huit ans, de superbe apparence, sans tare héréditaire, tombe d'un petit poney qu'il montait depuis quelques semaines. Sa chute ne paraît pas avoir amené de lésions localisées en un point du corps; mais, dans la nuit qui a suivi l'accident, il est réveillé en sursaut par des douleurs siégeant dans l'aine droite. Les douleurs, disparues dans la journée, sont revenues la nuit suivante, et la famille a mandé un médecin. Celui-ci a prescrit les massages et les douches froides : trois mois après l'enfant était conduit à un chirurgien d'enfants à Paris, qui faisait le diagnostic de coxalgie.

On peut se demander s'il s'agissait, dès le début, d'une coxalgie vraie, ou si l'arthrite, d'abord simplement traumatique, inflammatoire, n'a pas ouvert la porte à la tuberculose. Cette deuxième opinion nous semble plus plausible; mais, dans les deux hypothèses, la coxalgie a bien été produite par le traumatisme.

Chez un deuxième enfant, la coxalgie a été amenée par une chute sur un pieu en fer. A la région trochantérienne gauche est apparu immédiatement un épanchement sanguin considérable. Le médecin appelé a ordonné le repos au lit pour deux semaines. Mais, au troisième jour, les douleurs étant devenues très supportables

et la marche possible, l'enfant, très turbulent, a repris sa liberté et ses jeux.

Quatre mois et demi après l'accident apparaissaient des signes de trochantérite à gauche, et peu après la jointure était nettement envahie.

Dans ces deux cas sont survenus des abcès par congestion qui ne permettent pas de conserver le moindre doute sur la nature tuberculeuse de l'arthrite coxo-fémorale.

Et telle est, à peu près, l'histoire des 19 autres malades appartenant à ce premier groupe. Remarquons, au point de vue pratique qui nous intéresse ici, que si, chez le premier malade dont nous avons rapporté l'observation, l'apparition de la coxalgie a été peut-être immédiate et brutale et tout traitement préventif dès lors impossible, chez notre deuxième malade et chez tous les autres il est permis de penser que si l'on avait assuré à ces enfants, après l'accident, un repos de six semaines à deux mois, on aurait peut-être empêché l'éclosion de la coxalgie.

Je conclurai donc par ce conseil pratique : Dès que la hanche d'un enfant est traumatisée par un coup ou une chute ayant pu amener une entorse articulaire ou juxta-articulaire, il est susceptible d'avoir une coxalgie; le danger est très réel et très grand lorsqu'il s'agit d'un petit candidat à la tuberculose. Soignez donc sévèrement et longuement ces traumatismes.

A côté de l'influence des traumatismes je veux signaler celle de la fatigue dans l'apparition de la coxalgie.

On s'est demandé pourquoi la tumeur blanche de la hanche est beaucoup plus fréquente que les tumeurs blanches des autres jointures. La réponse se trouve dans la fatigue certainement beaucoup plus grande supportée par la hanche pendant la station debout et surtout pendant la marche. Car pendant la station debout le genou et le cou-de-pied supportent également le poids du corps; mais dans les mouvements, dans la marche, la course, les exercices de gymnastique, la hanche est beaucoup plus surmenée manifestement, en raison de la mobilité si grande de la tête fémorale, mobilité qui n'a rien de comparable au genou et au cou-de-pied.

L'observation clinique est venue confirmer les données de la physiologie en montrant la grande place que tiennent dans l'étiologie de la coxalgie les marches forcées et les exercices de gymnastique. Cette influence de la fatigue de la jointure s'exerce peut-être dans tous les cas, même lorsque la coxalgie paraît reconnaître une tout autre cause, la vulnérabilité de la hanche à cette autre cause n'existant que de par la fatigue de l'articulation. Mais, dans 9, j'ai cru pouvoir rapporter la coxalgie exclu-

sivement à cette influence : le surmenage physique.

J'ai dans mes notes l'histoire de trois petits coxalgiques qui ont marché les deux premiers à dix mois, le troisième à onze mois et demi.

Les parents, fiers de cette précocité que tout le monde admirait autour d'eux, ont poussé ces enfants à marcher presque sans répit pendant des journées entières. Et ces pauvres petits forçats — le mot ne me paraît pas excessif — d'une santé jusqu'alors très belle, trop belle puisqu'elle paraissait légitimer, dans une certaine mesure, ces marches forcées qu'on leur imposait, sont devenus coxalgiques, l'un à treize mois, l'autre à seize mois et le dernier à dix-sept mois.

Il est un autre de mes coxalgiques, celui-là âgé de neuf ans, qui était le lauréat de gymnastique de sa classe. Il donnait à ces exercices, de par la volonté de son professeur et de ses parents, très fiers de ses succès au trapèze et à la barre fixe, une grande partie de son temps. Il a été arrêté dans ses évolutions par une coxalgie grave causée manifestement par la fatigue que valait à sa hanche cette gymnastique forcée.

Si donc le surmenage intellectuel a ses dangers, le surmenage physique a les siens.

On a vu combien grande est la place occupée dans l'étiologie de la coxalgie par les maladies

intercurrentes, les fièvres éruptives, la rougeole surtout, qui ouvre si fréquemment la porte à la tuberculose.

Quoi faire? Fuir les foyers de contagion de ces maladies, plus spécialement encore pour tous les enfants chétifs et « délicats », c'est élémentaire.

Et dans la période de convalescence de ces maladies, s'occuper très attentivement de l'hygiène et de l'alimentation de l'enfant, puisque c'est à cette période que la coxalgie éclate généralement.

Envoyer les enfants passer cette période de convalescence — qui est aussi une période d'opportunité morbide — à la campagne ou à la mer. Sur les centaines d'enfants que j'ai pu suivre dans ces conditions à Berck, je n'ai pas vu se développer un seul cas de coxalgie. Malheureusement la coxalgie s'empare parfois de l'enfant aussitôt que la rougeole l'a laissé, et peut-être même avant qu'il ne se lève, bien que ce ne soit qu'au moment où l'enfant fait ses premiers pas que se révèlent les premiers signes de la maladie.

Je compte parmi mes coxalgiques 3 enfants qui, à la suite d'une rougeole et d'une scarlatine, se sont pris à boiter dès l'instant où on les a levés, à la grande stupéfaction de leurs parents.

Enfin est-il besoin d'insister pour démontrer

l'urgence qui s'impose, dès qu'un foyer tuberculeux existe dans un autre point de l'organisme, si petit fût-il, — adénite, gomme de la peau, otorrhée — de l'éteindre promptement et complètement.

Je ne voudrais pas donner une longueur démesurée à ce chapitre de la prophylaxie de la coxalgie, d'autant que, dans l'état actuel de la science, je ne puis guère que poser la question. sans la résoudre. Je dirai sous forme de conclusion :

La prophylaxie de la coxalgie est d'abord celle de la tuberculose en général.

Tout enfant débilité, quelle que soit la cause, héréditaire ou acquise, de cet amoindrissement de l'organisme, est un candidat à la tuberculose et par conséquent à la coxalgie.

Si vous voulez le préserver, éloignez-le des agents de la contagion tuberculeuse. Songez que s'ils se trouvent souvent dans les aliments ou dans l'atmosphère de la grande ville, ils sont assez fréquemment dans l'atmosphère de la maison familiale.

En second lieu, travaillez par tous les moyens à raffermir la constitution de cet enfant menacé. Vous le pouvez par l'hygiène, la vie au grand air et la suralimentation. Vous l'aurez rendu ainsi presque certainement réfractaire à l'éclosion de la tuberculose et partant de la coxalgie.

En ce qui regarde spécialement la prophylaxie de la coxalgie, il ressort de notre enquête personnelle : 1° que, dans bon nombre de cas, la coxalgie succède à une autre maladie ayant affaibli le sujet et l'ayant rendu par cela même plus vulnérable à la tuberculose, mais sans que nous puissions cependant expliquer la localisation de la tuberculose à la hanche autrement que par une vulnérabilité plus grande de l'articulation coxo-fémorale, qui est la jointure qui supporte la plus grande fatigue ;

2° Que nous avons trouvé néanmoins dans plus du tiers des cas une cause prochaine et locale de cette localisation spéciale ; à savoir un traumatisme sérieux de la région de la hanche (coups ou chutes), ou encore un surmenage physique évident (exercices de gymnastique chez les enfants d'un certain âge, marche précoce et prolongée chez les tout petits).

Tout traumatisme de la hanche pouvant ouvrir la porte à la coxalgie, soignez-le sévèrement et longuement par des précautions qu'on pourra trouver ridicules, et gardez vos enfants de tout surmenage physique. Que vos craintes et aussi vos précautions grandissent s'il s'agit d'un enfant prédisposé, d'un petit candidat à la tuberculose.

CHAPITRE III

TRAITEMENT GÉNÉRAL

Le traitement général, sans dominer la thérapeutique de la coxalgie comme le voulaient nos pères, présente une importance capitale.

Il peut être concilié avec le traitement local le plus sévère, même avec le repos au lit et l'immobilisation absolue, quoi qu'en aient dit les Américains.

Le traitement général consiste :

1° dans l'emploi de quelques médicaments : huile de foie de morue, etc.,

2° dans une alimentation saine et abondante,

3° dans l'observance d'une bonne hygiène,

4° dans le choix d'un climat et d'une localité.

Valeur du séjour de Berck pour les coxalgiques. Pourquoi le danger de contagion de la tuberculose est nul à Berck.

Tout le monde s'accorde à reconnaître l'importance capitale du traitement général dans la thérapeutique de la coxalgie.

La guérison de la tuberculose interne, qui est bien loin d'être une rareté, reconnaît-elle une autre cause que l'amélioration de l'état général du malade? Si la coxalgie guérit parfois dans nos campagnes sans le secours du chirur-

gien et de l'orthopédiste, où se trouve l'explication de cette guérison, sinon dans l'excellence de l'état général? si elle guérit d'une façon relativement fréquente entre les mains des chirurgiens américains qui font à leurs coxalgiques un minimum de traitement local, si je puis ainsi dire, la raison s'en trouve encore dans leur préoccupation constante de l'hygiène, de la conservation de la santé générale de leur malade. Le coxalgique guérira sans doute presque fatalement dans ce cas avec une déviation ou même une véritable infirmité, mais il guérira.

Si le traitement général peut revendiquer pour lui tout seul le mérite de certaines cures, et si un traitement local bien dirigé, même dans les plus fâcheuses conditions d'hygiène et de milieu, comme par exemple dans les hôpitaux d'enfants de Paris, peut en revendiquer un plus grand nombre encore, n'avons-nous pas le droit d'espérer qu'en additionnant ces deux forces utiles, nous les aurons en réalité multipliées et nous sauverons presque tous, sinon tous nos coxalgiques.

Et cela, nous le pouvons: disons-le dès maintenant pour répondre aux chirurgiens américains, nous pouvons concilier les intérêts de la santé générale avec les obligations d'un traitement local très sévère.

Pour l'enfant du riche, la chose est évidente : il pourra, tout en gardant l'immobilité, vivre dans le même milieu, respirer le même air que s'il avait le libre usage de ses jambes. Mais pour les pauvres petits de nos hôpitaux parisiens, condamnés à la reclusion dans des salles mal aérées et malsaines, cela n'est plus vrai, hélas! et aux coxalgiques pauvres il faudrait des hôpitaux à la campagne ou plutôt au bord de la mer, avec une organisation qui permît de les placer pendant la plus grande partie de la journée en plein air, ou mieux encore sur la plage même. Nous verrons plus loin si cette installation idéale n'existe pas déjà.

Après ce que nous avons dit de la prophylaxie de la tuberculose de la hanche, on devine quelles seront les grandes lignes du traitement général. Il est aisé de concevoir, en premier lieu, qu'en faisant respirer à ce coxalgique un air d'une pureté parfaite on évite l'entrée de nouveaux germes dans cet organisme où déjà quelques bacilles ont pris position.

Ne va-t-on pas, en second lieu, par une bonne et abondante alimentation, par l'usage de certains médicaments, par une bonne hygiène et le choix d'un bon climat, multiplier les forces de résistance de l'enfant et lui permettre de triompher de l'ennemi?

Dans de pareilles conditions le foyer tuber-

culeux, au lieu de progresser et de désorganiser la jointure, va s'éteindre, aussi naturellement qu'il va s'étendre dans des conditions inverses.

Le traitement général comprendra donc :

1° L'emploi des médicaments capables d'atténuer la virulence de la tuberculose ou d'augmenter la vigueur de l'organisme;

2° Le choix des aliments et la surveillance des fonctions digestives du coxalgique;

3° L'observance d'une bonne hygiène:

4° Le choix d'un bon climat.

1° L'EMPLOI DES MÉDICAMENTS

La liste serait longue des médications internes dites héroïques qu'on a proposées contre les diverses manifestations tuberculeuses.

Mais ces médications si pompeusement annoncées ne défilent guère devant nous, suivant l'expression de Verneuil, que pour sombrer après quelques mois à peine d'une renommée surfaite.

Si leur valeur n'est pas spécifique, leurs avantages sont-ils du moins incontestables? Hélas! pour presque toutes, il n'est d'incontestable que leurs inconvénients. Ces médicaments diminuent ou troublent l'appétit déjà médiocre ou capricieux de ces enfants couchés, ils fatiguent l'estomac, peuvent même provoquer des embar-

ras gastriques. Et malgré ces inconvénients constatés dans tel cas particulier, bon nombre de médecins continuent à les prescrire et cela, nous le répétons, pour des avantages problématiques.

Pour nous, soucieux par-dessus tout d'assurer l'intégrité et le bon fonctionnement des voies digestives, nous les avons tous supprimés à l'exception de deux ou trois : l'huile de foie de morue pendant l'hiver et la liqueur de Fowler ou la teinture d'iode à la dose de quelques gouttes pour la saison d'été.

De tous les médicaments connus à l'heure actuelle, l'huile de foie de morue est le seul qui puisse nous rendre ici des services certains. Qu'on la donne donc à la dose maxima que l'enfant peut supporter : c'est-à-dire qu'on force la dose jusqu'à ce que survienne un peu de dévoiement. Alors on diminue légèrement la quantité jusqu'à ce que les troubles digestifs disparaissent et l'on s'en tiendra pour l'avenir à la dose tolérable, ainsi déterminée.

Pour certains enfants la tolérance est plus grande lorsqu'on donne l'huile de foie de morue en bloc, pour d'autres lorsqu'on la donne par doses fractionnées ou suivant qu'on la fait prendre avant ou pendant les repas. Pour les enfants qui s'endorment très vite, il est préférable, suivant le conseil de Grancher, de la don-

ner quelques minutes avant l'heure habituelle du sommeil.

Ceci est affaire de tâtonnements et les mères intelligentes et attentives découvrent généralement bien avant le médecin le mode qui convient le mieux pour leur enfant.

Mais si l'huile de foie de morue diminue l'appétit ou amène des vomissements, qu'on ne s'entête pas à la faire prendre quand même, qu'on la supprime tout au moins pour quelque temps. J'estime que ses inconvénients sont dans ce cas supérieurs à ses avantages. J'aime mieux que l'enfant se prive d'huile et boive un demi-litre de lait de plus. Il m'est arrivé parfois de remplacer, suivant la coutume anglaise, l'huile de foie de morue non tolérée par des tartines beurrées, et cela avec le plus grand profit.

J'ai renoncé depuis longtemps à la créosote et à l'iodoforme, qui provoquaient des troubles digestifs chez mes coxalgiques.

Mais pendant l'été, à la place de l'huile de foie de morue mal supportée en cette saison, on peut donner avec avantage quelques gouttes de liqueur de Fowler ou de teinture d'iode, ou encore, pour stimuler l'appétit, quelques gouttes de teinture de Baumé.

2° LE CHOIX DES ALIMENTS

La question de l'alimentation du coxalgique est autrement importante.

C'est dans les aliments tout autant que dans une almosphère pure, que l'enfant doit puiser ses moyens de défense contre l'ennemi.

Je me bornerai ici à quelques indications. *Il faut entretenir ou stimuler l'appétit* par tous les moyens compatibles avec l'intégrité des voies digestives. Nous verrons l'influence heureuse d'une bonne hygiène, des sorties au grand air. du séjour dans un climat excitant comme celui de Berck, en même temps que l'influence de la variété des aliments, pour atteindre ce résultat.

Il faut assurer aux enfants une bonne et saine alimentation.

Ce conseil n'est pas superflu. Combien n'est-il pas encore de ces enfants à qui l'on donne sans remords de la viande crue bien que de provenance suspecte ou du lait insuffisamment stérilisé? Ces aliments, loin d'augmenter la résistance de l'enfant, iront renforcer le nombre de ses ennemis en introduisant dans la place de nouveaux germes tuberculeux. Mais nous avons déjà soulevé cette question de la pureté des aliments et nous n'y reviendrons pas ici.

On conseille un peu partout de donner aux coxalgiques des aliments riches en azote, des

viandes fumées, des matières grasses en grande quantité, etc. Combien ces conseils, que les auteurs de traités empruntent fidèlement à ceux qui ont déjà écrit sur la matière, paraissent théoriques à qui sait les difficultés qu'on a fréquemment à faire accepter par les estomacs capricieux des petits coxalgiques les aliments les plus simples! Pour beaucoup le plus petit écart de régime conduit à des vomissements ou à une inflammation d'entrailles, accidents qui demandent plusieurs jours avant d'être réparés. Il faut donc étudier pour chaque coxalgique la manière dont son tube digestif supporte tel aliment ou telle boisson. Les mères intelligentes en savent généralement très long sur ce sujet, et beaucoup peuvent donner, au lieu d'avoir à demander, au médecin, des indications.

J'ai rencontré beaucoup de ces enfants dont l'intolérance était absolue pour tous ces aliments si fort recommandés dans nos traités; et pour remédier à leur dénutrition rapide, j'ai dû les soumettre à un régime exclusivement lacté pendant des semaines et même des mois. On y ajoutait ensuite des œufs pris en plus ou moins grand nombre et sous des formes très variables.

Et tel enfant qui dépérissait d'une façon désolante a été, par ce régime du lait et des œufs, continué pendant plus d'une année, porté à une vigueur et à un embonpoint presque invraisem-

blables. Chez tous ces enfants à estomac difficile ou capricieux, la base de l'alimentation restera le lait et les œufs : aliments très faciles à digérer, très nourrissants et qu'on peut donner à l'état de pureté parfaite. 2 litres de lait et cinq ou six œufs pris à l'exclusion de tout autre aliment, représentent plus que la ration d'entretien normale des vingt-quatre heures, et constituent une véritable suralimentation. Aussi voit-on les coxalgiques engraisser sous l'influence de ce régime. Dès que l'état du tube digestif le permettra, on remplacera en partie le lait et les œufs par des viandes légères, ou du poisson, des légumes et des fruits cuits, et le lait pris en boisson pourra être remplacé par de la bière ou de l'eau rougie.

On voit que je tiens à ce que l'*alimentation soit abondante*. Je voudrais que les petits coxalgiques fussent véritablement « gavés », bien entendu dans la mesure compatible avec l'intégrité des voies digestives.

Jusqu'alors, la suralimentation reste l'un des meilleurs moyens, sinon le meilleur, de lutter victorieusement contre la tuberculose. La suralimentation conduit à l'augmentation de poids, et l'on peut affirmer en toute vérité que l'augmentation de poids équivaut à l'augmentation de résistance à l'ennemi.

Le meilleur critérium des progrès réalisés au

point de vue général par un coxalgique, me paraît être encore la balance, et j'y ai recours aussi souvent que possible. Les progrès de l'enfant ainsi traduits par des chiffres, frappent davantage que toutes les appréciations générales l'esprit des mères et les stimulent mieux que les plus belles paroles à faire absorber la plus grande quantité possible de nourriture à leurs enfants.

A côté de l'alimentation, je veux placer la question de la régularisation des fonctions intestinales.

Ces enfants, condamnés à garder pendant de longs mois ou même des années la position couchée, sont assez fréquemment constipés. Nous verrons qu'une bonne hygiène et un bon climat arrivent souvent à régulariser d'une manière inespérée le fonctionnement d'un intestin jusqu'alors capricieux et lent. On peut obtenir parfois ce même résultat par de petits massages du ventre; mais ces massages sont, dans certains cas, rendus impossibles par l'appareil inamovible qui recouvre la région abdominale.

Il faut, en règle générale, être sobre de médicaments et chercher le mode d'alimentation qui paraît stimuler le mieux le bon fonctionnement de l'intestin.

Cependant, lorsque ni le climat, ni l'hygiène,

ni le choix des aliments ne régularisent ces fonctions, on peut recourir avec profit au calomel, au podophyllin, à la manne, donnés en petite quantité.

L'huile de foie de morue peut agir encore très favorablement à ce point de vue.

On remplacera très souvent l'usage des médicaments par celui des petits lavements qui sont bien le moyen le plus simple et le plus efficace.

En recourant ainsi à toutes les ressources de l'hygiène, ou à l'emploi passager de ces médicaments anodins, nous sommes toujours arrivés à vaincre cette constipation des coxalgiques couchés, sans avoir jamais eu d'ennuis sérieux.

3° L'OBSERVANCE D'UNE BONNE HYGIÈNE

Il est banal de dire qu'il faut faire dans le traitement général la plus large place à l'hygiène.

Nous avons déjà parlé de l'alimentation et nous aborderons plus loin la question du choix du meilleur climat.

Quel que soit ce climat, le coxalgique devra être placé dans un quartier point malsain, ni humide et dans une habitation assez vaste, bien aérée et ensoleillée.

Il sera égayé et distrait par son entourage.

surtout lorsqu'il n'y a pas d'autres enfants dans la maison.

A l'hôpital, les coxalgiques causent sans trêve, jouent entre eux de mille façons diverses, malgré le repos forcé, et ne s'ennuient jamais.

Ils prennent tous leurs repas en même temps, à une heure toujours attendue avec la plus grande impatience, et l'appétit chancelant de tel enfant est sans cesse stimulé par celui plus brillant des voisins.

A ce point de vue, les enfants de l'hôpital ont un réel avantage sur les enfants de la ville.

Mais par combien d'autres côtés cet inconvénient se trouve racheté pour les enfants des riches....

Pour ceux-ci, on fait chaque jour et à chaque repas un choix varié des aliments; plusieurs personnes sont là qui leur assurent des sorties quotidiennes et de longues promenades au grand air de la campagne ou de la plage, qui s'occupent aussi d'une manière plus minutieuse des soins de leur toilette.

Il faut certes veiller à la propreté de la peau; mais il faut reconnaître qu'il y a des mères qui dépassent le but. Je citerai une dame anglaise, la mère d'un de mes coxalgiques, qui s'obstinait, en pleine période active de la maladie, à enlever son enfant de la gouttière chaque matin et chaque soir pour faire sa

toilette complète ; et chaque séance durait trois quarts d'heure.

On conçoit combien ces secousses si souvent répétées étaient fâcheuses pour l'état de la jointure.

Avec les grands appareils inamovibles, il est vrai, cet inconvénient est supprimé.

Que l'on fasse quotidiennement la toilette de l'enfant d'une manière aussi complète que le permet le grand appareil.

La toilette générale se fera lorsque celui-ci sera remplacé : tous les mois ou tous les deux mois, et cela suffira.

Lorsque l'appareil est amovo-inamovible ou que l'enfant est dans une gouttière, sa toilette générale sera faite une fois par semaine à moins qu'il ne s'agisse de tout petits enfants ou de coxalgies suppurées.

Tous ces moyens : sorties au grand air, soins hygiéniques, favorisent la respiration du coxalgique et le bon fonctionnement de la peau ; ils stimulent son appétit, lui donnent une sensation de bien-être et parfois de légère fatigue qui lui assurent un long et profond sommeil pour la nuit.

Ces considérations s'appliquent à tous les coxalgiques : à ceux qui vivent à Berck comme à ceux qui sont restés dans les grandes villes.

Pour ces derniers, les promenades dans les

jardins publics, ou en dehors de la ville (au bois de Boulogne pour les Parisiens) atténuent dans une certaine mesure les inconvénients du séjour des grandes cités.

C'est grâce à ces sorties quotidiennes en toutes saisons et par tous les temps, grâce aussi à la suralimentation, que l'état général de l'enfant se conserve bon, malgré l'immobilisation prolongée.

Qu'on se débarrasse donc une bonne fois de ce préjugé que partagent avec tous les parents tant de médecins, que l'immobilisation absolue, la position couchée vont amoindrir la santé générale de l'enfant.

Combien n'est-il pas de ces enfants coxalgiques dont l'aspect n'a jamais été aussi brillant avant cette période de repos forcé, alors même qu'ils paraissaient jouir d'une santé parfaite.

4° LE CHOIX DU CLIMAT

Reste à examiner la question du climat. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons déjà dit relativement à ce sujet.

Aux parents qui demandent si leur enfant coxalgique guérira dans le cas où il resterait à Paris, on peut répondre : oui, probablement.

Mais la question que je pose est celle-ci : Voulez-vous donner à votre enfant le maximum de chances de guérison?

Si oui, amenez-le dans un endroit où l'air soit aussi pur qu'il est infecté à Paris.

Il est accepté d'une manière générale que l'air est beaucoup plus pur à la campagne que dans les villes, et beaucoup plus pur encore à la montagne et à la mer que dans les campagnes. Cette proposition est tellement évidente qu'elle n'a guère besoin d'être démontrée. J'ai donné dans une communication faite au Congrès de Boulogne[1] « sur la valeur du traitement marin contre les tuberculoses », nombre d'observations et des statistiques qui établissent nettement la supériorité du bord de la mer sur la campagne pour le séjour des tuberculeux.

L'air marin possède des qualités physiques spéciales : pureté, densité, humidité; et les grands vents venant du large qui viennent le renouveler incessamment constituent un avantage, même lorsqu'ils sont fatigants. Mais cet air marin possède encore des qualités chimiques précieuses, puisqu'il renferme des substances médicamenteuses sous une forme très-assimilable.

Voici une observation qui vaut la meilleure des démonstrations :

Un de mes coxalgiques, Pierre P..., âgé de douze ans, a un jumeau, Jean, qui l'a toujours

1. Comptes rendus du Congrès international de Boulogne, 1894.

dépassé en taille, 1 à 2 centimètres, et en poids, 2 à 3 livres. Peu après le moment où la coxalgie de Pierre s'est déclarée, il y a quatre ans, la différence s'est encore accentuée légèrement en faveur de Jean resté indemne.

Les deux frères sont arrivés à Berck, il y a deux ans. Jean a conservé l'avantage sur Pierre pendant toute la durée de son séjour à Berck (un an). Puis il est rentré non pas à Paris d'où il est originaire, mais dans une petite ville de province, Pierre (le coxalgique) demeurant toujours à Berck.

Eh bien! dans cette année, Pierre a non seulement atteint mais encore dépassé Jean éloigné de Berck. Pierre, malgré sa coxalgie, mesure actuellement 2 centimètres de plus et pèse 10 livres de plus que Jean....

Par ses qualités chimiques, l'air marin l'emporte sur l'air de la montagne. Par les qualités physiques de leur atmosphère, les stations maritimes l'emportent sur les villes d'eaux salines, celles-ci présentant, par contre, l'avantage d'une balnéation peut-être plus efficace. Et je conviens que le séjour de Salies et de Salins est, d'une manière générale, favorable aux malades atteints de tuberculoses externes, mais non pas certainement aux coxalgiques pour qui, à toutes les périodes d'activité de la maladie, les bains doivent être proscrits aussi bien à Salies qu'à

Berck ou à Arcachon; les inconvénients résultant des secousses que la balnéation occasionne étant indiscutablement supérieurs dans ce cas à ses avantages.

Salies et Salins ne peuvent donc être pour les coxalgiques que des stations de la convalescence.

A la mer, au contraire, si la balnéothérapie devient impossible, l'aérothérapie agit.

Quelle est la station maritime qu'il faut choisir?

Lorsqu'il s'agit de tuberculose interne, on choisit sans hésiter Arcachon ou la Méditerranée.

Mais les tuberculoses externes en général et la coxalgie en particulier sont plus heureusement modifiées par les plages du Nord. Ici, l'air fouette et stimule mieux qu'à Arcachon et surtout qu'à Nice ou Cannes, je l'ai observé maintes fois, ces organismes à nutrition languissante, et il est bien des familles qui, après avoir essayé des stations méditerranéennes ou d'Arcachon pour la saison d'hiver, se sont décidées à passer l'année entière à Berck.

C'est une erreur qui a cours un peu partout, que Berck agit d'une manière incomparablement plus active pendant la saison d'été que pendant la saison d'hiver.

Cazin avait déjà protesté contre cette opinion trop généralement acceptée, en disant que la

proportion des guérisons dans les hôpitaux de Berck était sensiblement la même dans les deux saisons.

Je serais tenté, d'après mon expérience personnelle, d'aller encore plus loin ; il est bon nombre d'enfants dont la nutrition est restée languissante pendant la saison chaude, et qui, dès que l'hiver est arrivé, se sont mis à manger beaucoup mieux; cela se conçoit. Parallèlement à ce retour de l'appétit, on constatait naturellement une amélioration de l'état général qui retentissait de la façon la plus heureuse sur l'évolution de la coxalgie.

En résumé, il est un bon nombre de coxalgiques que j'ai vus bénéficier bien davantage de la saison d'hiver que de la saison d'été.

Mais ce bénéfice plus grand ne peut être obtenu qu'autant que les enfants seront promenés pendant les grands froids comme pendant la saison chaude.

A Berck, j'ai des coxalgiques qui sont sortis tous les jours pendant toute la durée de l'hiver; la capote de leur petite voiture les met à l'abri de la pluie et de la neige, et des gros vêtements les mettent à l'abri du froid.

Le visage reste découvert ou est à demi-protégé par une voilette.

Il s'établit du reste promptement, et pour tous les enfants, une accoutumance complète à cette

température assez froide de l'hiver, qui, dès qu'elle est bien supportée, a pour avantage d'augmenter l'appétit et de stimuler la nutrition de tous les tissus de l'organisme.

Cette température ne devient presque jamais assez pénible pour empêcher les sorties, parce qu'il est très rare que le vent du nord ou du nord-est souffle à Berck ; le vent dominant est le sud-ouest et Berck est abrité, dans une certaine mesure, par les collines de l'Artois ; on peut s'en rendre compte en se transportant à 15 ou 20 kilomètres dans l'intérieur des terres à la période des grands froids.

Cependant, pour certains coxalgiques à poitrine susceptible, on peut choisir la Méditerranée ou mieux encore Arcachon *pour la saison d'hiver*.

Mais surtout, qu'on ne ramène pas les petits coxalgiques à Paris ! Combien n'est-il pas de ces enfants qui, partis en bon état de Berck en octobre et rentrés à Paris, ont des rechutes multiples et doivent être renvoyés en toute hâte à Berck, où ils reviennent presque méconnaissables.

Il faudrait donc que le séjour de ces enfants à la mer fût continué jusqu'à leur complète guérison, c'est-à-dire une ou plusieurs années. On éviterait ainsi certainement bien des récidives qui sont souvent beaucoup plus difficiles à bien guérir que la première atteinte, et prolongent

indéfiniment quelquefois le traitement de la coxalgie.

Nous ne voyons d'autre contre-indication au séjour de l'une des plages du nord que la suivante : l'existence d'une complication viscérale : albuminurie ou tuberculose pulmonaire avancée. Mais nous ne pouvons accepter, malgré l'avis de plusieurs médecins, comme des contre-indications, l'existence d'une coxalgie douloureuse, ou une poussée aiguë survenue dans l'évolution de la coxalgie, ou encore une nécrose étendue. Ces formes de la maladie bénéficient grandement du séjour de Berck. Mais pour les malades porteurs de lésions viscérales avancées, tandis que la coxalgie s'améliore, la complication viscérale peut subir ici un coup de fouet, surtout lorsque ces malades sont trop directement et trop longuement exposés à l'air de la plage.

Pour tous les coxalgiques, du reste, il faut surveiller le traitement marin. Comme tous les autres traitements celui-ci doit être rationnellement institué et dosé avec soin, suivant la susceptibilité et l'état général du malade, ou encore suivant la période de la coxalgie. Et cependant avec quelle étourderie, avec quelle ignorance ou quel oubli des précautions les plus élémentaires, les parents soumettent leurs enfants au traitement marin !...

J'ai dit que la balnéation devait être absolu-

ment proscrite jusqu'à la fin de la période active de la maladie, et encore pendant plusieurs mois après la disparition de toutes les manifestations morbides et qu'il faut tout demander aux bains d'air marin. Mais ces bains d'air eux-mêmes doivent être méthodiquement dosés pour chaque coxalgique, suivant son tempérament spécial, son degré de nervosisme, c'est-à-dire que suivant les cas l'exposition des coxalgiques à l'atmosphère si excitante de la plage doit être plus ou moins immédiate, plus ou moins prolongée : de là découlent des indications hygiéniques que l'on devine, le choix d'une habitation plus ou moins rapprochée de la plage....

Ce dernier détail a une très grande importance pour tous, mais une plus grande importance encore pour les petits malades qu'on ne peut pas déplacer facilement et par conséquent pour tous les coxalgiques des hôpitaux. En veut-on la preuve? L'hôpital Cazin-Perrochaud de Berck, qui ne compte pas encore trois années d'existence, avait été installé provisoirement à cinq cents mètres de la mer pendant la première année, puis a été transféré sur la plage. Eh bien, j'ai remarqué, et tous mes aides avec moi, que depuis ce changement, depuis que l'exposition des coxalgiques à l'action de l'air marin est devenue plus immédiate et plus intime, les guérisons des cas les plus graves sont deve-

nues beaucoup plus nombreuses, plus rapides et plus complètes.

Cazin n'avait-il pas déjà noté que ses résultats étaient moins bons dans ses infirmeries de l'hôpital administratif où les enfants sont à 200 mètres de la plage et dont ils sont malheureusement séparés par les bâtiments très élevés des bureaux de l'administration, qu'à l'hôpital Rothschild où les infirmeries sont en façade de mer. C'est donc sur la plage même, pour le dire en passant, que devraient se trouver, dans nos hôpitaux marins, les infirmeries où vont séjourner les coxalgiques.

Grâce à cette exposition, ils n'auraient rien à envier aux enfants des riches, surtout si, comme à l'hôpital Cazin-Perrochaud de Berck, de larges portes faisaient communiquer leur infirmerie avec une grande terrasse donnant immédiatement sur la plage, ce qui permet de les y pousser chaque jour, et de les y laisser, avec ou sans l'abri d'une tente, pendant la journée entière....

Mais je veux soulever ici une question fréquemment posée : Telle plage excellente en elle-même ne devient-elle pas mauvaise, précisément par le trop grand nombre de malades qui s'y donnent rendez-vous?

Oui, sans doute, lorsque ces malades sont capables d'infester l'atmosphère ou les habitations.

J'estime que c'est le cas pour toutes les plages qui reçoivent de nombreux phthisiques dont les produits d'expectoration viennent en effet contaminer l'air et les maisons d'une façon manifestement nuisible.

Mais ce danger n'existe pas à Berck, où l'on compte cependant, soit dans les hôpitaux, soit dans la ville, plus de 2 000 petits malades.

Ceci a l'air d'un paradoxe, mais qu'on songe qu'il n'y a là que des enfants atteints de tuberculoses externes presque toutes fermées.

Pour celles qui sont ouvertes, les produits de la suppuration sont, dans les services très antiseptiques, entièrement renfermés dans des pansements imperméables, détruits ensuite avec le plus grand soin.

Et là se trouve l'explication de ce fait d'observation que nous avons rapporté au chapitre de la *Prophylaxie de la coxalgie* : à savoir que nous n'avions jamais vu dans la ville, parmi tous les enfants délicats ou chétifs, véritables candidats à la tuberculose, qui viennent en si grand nombre à Berck, se développer ici un seul cas de coxalgie.

Et si dans les hôpitaux nous avons assisté à l'apparition de deux cas de coxalgie, c'est chez des enfants déjà manifestement infectés de tuberculose, puisqu'ils avaient l'un et l'autre un mal de Pott.

Mais, pas plus dans les hôpitaux qu'au dehors, sur les enfants lymphatiques ou anémiques mêlés à ceux qui sont atteints de tuberculoses externes, nous n'avons jamais observé l'apparition d'une manifestation tuberculeuse quelconque.

Avant de terminer ce chapitre, je tiens à redire que si le traitement général est un auxiliaire très puissant du traitement local et contribue si grandement à la guérison de la coxalgie, la réciproque est vraie ; et un traitement local bien dirigé est la meilleure sauvegarde du bon état général du coxalgique.

En effet, si l'enfant souffre par suite d'une immobilisation mal faite ou insuffisante, s'il suppure abondamment, s'il a de la fièvre à la suite d'une intervention ou spontanément, par défaut d'antisepsie, le séjour de Berck et l'installation la plus luxueuse et la plus hygiénique n'empêcheront pas la diminution de l'appétit, l'amaigrissement, la pâleur du visage qui viendront traduire bientôt la résorption septique à laquelle ce coxalgique est en proie.

Et le seul moyen de rendre à cet enfant son faciès coloré et ses forces, sera de modifier l'état local de la hanche.

Ainsi donc, traitement général et traitement local doivent nécessairement se prêter, à toutes les périodes de la maladie, un mutuel appui.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DE LA COXALGIE A LA PÉRIODE D'INCUBATION

La coxalgie a une période d'incubation qui est généralement de plusieurs mois et peut être dans certains cas de plusieurs années.

Cette période n'est pas toujours absolument latente. Une douleur nocturne, fugace, siégeant dans l'aine ou dans le genou, ou une boiterie apparue sans raison apparente et disparaissant après quelques heures, ou encore une sensation de fatigue apparue sans cause appréciable, doivent faire penser à l'existence possible d'une coxalgie à la période d'incubation.

Cette préoccupation est d'autant plus fondée qu'il s'agit d'un enfant plus délicat. Agir dès ce moment comme s'il s'agissait d'une coxalgie et surveiller l'enfant pendant plusieurs mois, ce qui ne peut avoir aucun inconvénient — on peut à ce moment faire avorter la coxalgie.

Il est évident que nous sommes d'autant plus assurés de guérir complètement et promptement la coxalgie, que nous prenons la maladie à une époque plus rapprochée de son début.

On voit donc l'intérêt majeur que nous avons à faire le diagnostic précoce de la coxalgie. On

a dit qu'elle s'accuse, à son apparition, par les cinq signes principaux que voici : la douleur spontanée ou provoquée au niveau du genou ou de la hanche, la claudication, la contracture de certains groupes musculaires de la région, l'atrophie de la cuisse et de la fesse, l'engorgement des ganglions inguinaux....

Mais, lorsqu'existent tous ces signes ou même seulement deux d'entre eux, n'est-il pas de toute évidence que la coxalgie existe depuis déjà un certain temps? Entre le moment où le bacille s'est implanté dans les tissus de la hanche et celui où il révèle sa présence par des manifestations morbides aussi nettes, il s'est écoulé un assez long temps, généralement plusieurs mois et quelquefois même plus d'une année. Nous en donnerons plus loin la preuve. A côté de ces cas, il en est où cette période préclinique de la coxalgie est singulièrement courte, comme nous l'avons vu au chapitre II, par les quelques notions étiologiques que nous avons données.

Cette première période, que j'appellerai *la période d'incubation de la coxalgie*, est-elle bien réellement et toujours latente? N'y a-t-il pas des cas où se produit tel signe, insignifiant en apparence, qui n'arrêtera pas l'attention des parents, mais pourra mettre sur la piste un médecin attentif?

L'enquête minutieuse que j'ai faite auprès des

familles de 80 de mes coxalgiques, et dont j'ai déjà parlé, m'a donné à ce point de vue spécial les résultats suivants :

17 fois sur 80, les parents ont pu me signaler telle manifestation ébauchée pour laquelle on a consulté le médecin, et qui aurait dû ou tout au moins pu mettre celui-ci sur la voie du diagnostic plusieurs mois et même plusieurs années avant que ce diagnostic n'ait été affirmé.

Je ne puis me faire comprendre qu'en citant des faits :

Premier type. Madeleine B..., âgée de six ans, habitant Paris, était guérie d'une rougeole depuis cinq semaines lorsqu'elle a été prise, *un matin*, sans raison saisissable, d'une boiterie très nette de la jambe gauche.

Cette boiterie, non douloureuse, a duré une journée entière.

Le lendemain matin, un médecin consulté, a fait marcher l'enfant devant lui ; la claudication n'étant déjà presque plus appréciable, le médecin a rassuré les parents et prédit que la boiterie due à une névralgie ne laisserait pas de trace. Effectivement, l'enfant n'a plus boité les jours suivants.

On avait oublié cet incident, lorsque, deux mois et demi plus tard, la claudication a reparu, s'accompagnant bientôt de douleurs et

d'une attitude vicieuse du membre inférieur gauche ; le diagnostic de coxalgie s'imposait.

Deuxième type. Albert C..., de Lille, sept ans, relevait d'une scarlatine lorsque, une nuit, il fut pris subitement d'une douleur dans le genou et sous le mollet droits ; cette douleur aiguë dura environ trois quarts d'heure, puis disparut complètement.

Plusieurs mois après cette manifestation douloureuse, unique, survint une boiterie assez marquée pour qu'un chirurgien de Lille, consulté en même temps que le médecin de la famille, conseillât trois jours de repos. Lorsque l'enfant se leva, au 4e jour, la claudication n'existait plus.

Elle n'est revenue que huit mois plus tard, à la suite d'une marche très fatigante dans le sable de la plage de Boulogne.

Les médecins, ajoute la mère, ne savaient à quoi attribuer cette boiterie. Aucun ne voulait s'arrêter à l'idée d'une coxalgie, en l'absence de signes directs et parce que l'enfant pouvait sauter de la *hauteur d'une table sur la jambe mauvaise, sans ressentir aucune douleur.* L'enfant ne paraissait d'ailleurs nullement malade, ne redoutait ni l'exercice ni le jeu, conservait son entrain habituel et son appétit normal.

C'est deux ans après cette douleur unique, et dix-huit mois après la première apparition de la

boiterie que Cazin, ayant vu l'enfant qui boitait de nouveau, a posé, après bien des hésitations et dans l'impossibilité de trouver une autre explication à cette boiterie, le diagnostic de coxalgie.

Chez 17 malades se sont produits des incidents à peu près pareils, plus ou moins longtemps avant que le diagnostic de la coxalgie n'ait été établi et, par conséquent, le traitement institué.

Il existe donc assez fréquemment des signes précurseurs de la coxalgie. Le mot n'est pas exact, dans ce sens que ces signes ne précèdent pas, évidemment, la maladie, mais apparaissent avant le syndrome clinique par lequel, d'après les auteurs, se révèle la coxalgie à son début.

Qu'y a-t-il là qui doive nous étonner? Ne faisons-nous pas une constatation analogue pour la tuberculose pulmonaire, où l'hémoptysie précède souvent de plusieurs mois ou de plusieurs années l'apparition des signes stéthoscopiques qui permettent d'affirmer la lésion du poumon. Cela est bien plus acceptable encore pour la tuberculose osseuse, dont l'évolution est beaucoup plus lente et dont la période d'incubation sera beaucoup plus prolongée.

Les signes « précurseurs » de la coxalgie sont simplement des signes de cette période latente, qui peut ainsi cesser de l'être pendant quelques

jours ou quelques heures ou même quelques minutes.

De tous ces faits, je crois pouvoir tirer les enseignements suivants, que je voudrais porter à la connaissance de tous les médecins :

1° Lorsque vous serez appelé pour un enfant pris subitement, souvent au milieu de la nuit, d'une douleur vive mais passagère dans l'aine, le genou ou même le pied, songez à l'apparition possible d'une coxalgie. Et si vous ne trouvez rien du côté de la hanche, ne repoussez pas cette idée; je serais tenté de dire que c'est parce que vous ne trouvez pas de signe direct qu'il y faut surtout songer, les autres maladies de la région ne se présentant pas avec ces allures et étant certainement moins fréquentes, à cet âge, que la coxalgie.

Pensez-y encore davantage si l'enfant est délicat, ou vit dans un mauvais milieu, ou relève d'une maladie. Et n'hésitez pas à user de votre autorité pour imposer à cet enfant un repos au lit de quelques semaines.

2° Si un enfant est pris, dans ces mêmes conditions, de boiterie passagère dont un examen attentif ne révèle pas la cause, craignez également l'apparition possible d'une coxalgie, et mettez de même l'enfant au repos.

3° Imposez également le repos au tout petit enfant qui marchait jusqu'alors sans hésitation

et qui demande maintenant d'une manière constante à être porté, et encore à l'enfant plus grand qui depuis quelque temps accuse une habituelle fatigue après les marches les plus ordinaires.

L'on pourra vous accuser d'être trop timide et trop prudent, mais craignez moins ce reproche que celui d'avoir méconnu une coxalgie en préparation — ce que la famille vous pardonnera moins aisément.

Il m'est arrivé dans deux cas de faire l'application de ces principes chez deux petits garçons, l'un de cinq ans, l'autre de huit ans et demi.

Le premier s'était réveillé deux nuits consécutives avec des cris et des larmes en accusant une douleur dans le genou droit. A l'examen direct, je n'ai rien découvert pour expliquer cette douleur. Mais j'avais soigné la mère de cet enfant pour une double salpingite d'origine probablement bacillaire; et trois mois avant cet incident, une petite sœur de cet enfant était morte de méningite. J'ai parlé à la famille de la crainte que j'avais de me trouver en présence d'une coxalgie en préparation et j'ai fait partager mes craintes : si bien que le petit garçon a été, séance tenante, immobilisé au lit dans un grand bandage ouaté qu'il a gardé pendant huit semaines.

Il y a plus d'un an que je lui ai rendu sa

liberté, et sa santé n'a pas été traversée depuis par le moindre incident.

Le deuxième — le fils d'un médecin de mes amis — boitillait de la jambe gauche depuis quatre ou cinq jours d'une façon très intermittente, lorsque j'ai été appelé à le voir. Cet enfant avait eu une petite fièvre muqueuse quatre mois avant et sa mère avait succombé l'année précédente à une tuberculose pulmonaire. Malgré l'absence de tout signe physique, j'ai pensé à la coxalgie et j'ai conseillé de soumettre cet enfant à un repos de deux mois dans la position couchée, et le père a bien voulu suivre mon conseil. Au troisième mois ce petit garçon a été levé. Il y a deux ans de cela, l'enfant est toujours en parfait état.

Vais-je prétendre que j'ai fait avorter chez ces deux enfants une coxalgie à la période d'incubation, et ne peut-on pas me répondre que je viens d'enregistrer simplement deux erreurs de diagnostic à mon actif?

Cette opinion est certes soutenable. Mais placé de nouveau dans la même situation, je me conduirais de même, et je persiste à croire que j'ai agi sagement, aimant mieux pécher, en l'espèce, par excès de précautions que par défaut.

Si les médecins adoptaient toujours cette attitude, l'on préviendrait certainement, au prix, je veux bien l'accorder, de quelques erreurs de

diagnostic, qui ne sont d'ailleurs en rien préjudiciables, on préviendrait l'apparition d'un certain nombre de coxalgies.

Car la maladie n'a pas un cycle défini. Puisqu'il est possible de faire avorter une coxalgie à toutes les périodes, à plus forte raison le pourra-t-on au début.

Nous n'attendons pas davantage, lorsque survient une légère faiblesse des deux membres inférieurs ou une simple douleur en ceinture, que se soit produite une gibbosité, pour soupçonner et craindre le mal de Pott; nous n'attendons pas, lorsqu'est survenue une hémoptysie, que le malade rende des crachats criblés de bacilles, que nous aurons tenus sous l'objectif de notre microscope, pour redouter l'apparition possible d'une tuberculose pulmonaire et faire un traitement approprié.

L'erreur de diagnostic, pour qui adoptera cette conduite, sera-t-elle d'ailleurs aussi fréquente qu'on le croit, en ce qui regarde la coxalgie? Le médecin qui parle de névralgie, de rhumatisme de la hanche, de douleurs de croissance pour expliquer cette boiterie ou cette douleur passagère dont nous avons parlé, ne risque-t-il pas encore davantage de se tromper?

Comme le remarque Lannelongue[1], le déve-

1. De la tuberculose chirurgicale, p. 88.

loppement physiologique et normal se fait sans douleur et les douleurs de croissance n'existent pas, avec leur signification actuelle; elles sont toujours un accident pathologique.

Quant à la névralgie et au rhumatisme, ils sont bien plus rares certainement que la coxalgie chez l'enfant, et dans le doute, la prudence commande d'instituer le traitement de celle-ci, ce qui ne peut avoir le moindre des inconvénients, tandis que la conduite inverse en aurait de très grands.

Nous avons parlé exclusivement des cas où pas un signe physique direct ne permettait d'affirmer le diagnostic, mais ces cas sont les moins fréquents.

Généralement, lorsque nous sommes appelés par les parents, il existe déjà des signes suffisants pour que le diagnostic puisse être établi par le médecin familier avec les signes du début de la coxalgie.

Ce ne sera pas toujours le syndrome clinique au grand complet, dont nous avons parlé : adénite inguinale, limitation des mouvements de la hanche, douleur spontanée et à la pression de la tête fémorale, attitude vicieuse, atrophie; mais ce tableau clinique simplement ébauché : à savoir, avec un engorgement des ganglions de l'aine, une limitation des mouvements d'abduction, ou une douleur à la pression de la tête

fémorale ou encore une claudication qui peut échapper au premier examen, mais que l'on dépiste en fermant les yeux pendant qu'on fait marcher le malade, l'oreille étant alors frappée du défaut d'harmonie dans les bruits successifs produits par les deux pieds, au moment où ils frappent le sol.

Mais lorsque ces signes existent, nous ne sommes plus à la période d'incubation de la coxalgie qui seule nous occupe ici, mais à la période d'état de la maladie et dès lors l'attitude et les obligations du médecin sont très nettes.

CHAPITRE V

LE TRAITEMENT LOCAL

EXPOSÉ DES PRINCIPES QUI DOIVENT NOUS GUIDER DANS LE TRAITEMENT LOCAL DE LA COXALGIE

L'indication est de rechercher les moyens qui peuvent empêcher la progression du foyer tuberculeux et l'éteindre.

S'inspirer de l'étiologie et de la pathogénie de la coxalgie.

Influence particulièrement fâcheuse de la pression du tronc sur les surfaces articulaires et de la mobilité de la jointure.

D'où la double indication de soumettre le coxalgique à la position couchée et à l'immobilisation absolue de la hanche malade.

Discussion sur la valeur de la méthode de l'extension continue : ses origines, son mode d'action.

Son efficacité dans certains cas vient de ce qu'elle assure une immobilisation relative de la hanche; mais de là aussi son insuffisance dans les cas rebelles, et la supériorité de la méthode de l'immobilisation absolue qui a une portée plus générale et remplit d'une manière plus parfaite toutes les indications.

Supériorité de l'immobilisation absolue prouvée aussi par l'observation et la clinique.

Puisque affirmer la coxalgie, c'est affirmer l'existence d'un foyer tuberculeux de la hanche, l'obligation qui s'impose au chirurgien, c'est

d'éteindre ce foyer; et nous devons commencer par indiquer les moyens les plus efficaces de remplir cette indication capitale.

Ce n'est que chemin faisant, dans l'examen des divers cas qui peuvent se présenter, que nous exposerons le traitement spécial de la douleur, des attitudes vicieuses, des abcès, des fistules.

Quelles que puissent être la fréquence et l'importance de ces manifestations morbides, elles n'accompagnent pas forcément toute coxalgie. Elles ne sont que des complications, leur étude ne saurait par conséquent être faite ici.

La question du meilleur moyen d'atteindre et d'éteindre le foyer morbide de la coxalgie a été déjà posée dans le chapitre premier. Dès que la nature infectieuse de la tuberculose fut démontrée, les chirurgiens, avons-nous dit, s'attaquèrent à toutes les tuberculoses accessibles pour sauver l'organisme menacé. L'on décréta que tout foyer tuberculeux devait être supprimé comme l'on supprime la pustule maligne et le cancer.

De combien de mutilations inutiles cet aphorisme est responsable! Mais nous avons déjà fait justice de la résécomanie qui avait saisi alors les chirurgiens américains et allemands et nous n'avons pas à y revenir ici.

La banqueroute de la résection précoce dans

le traitement de la coxalgie devait profiter directement à la méthode des injections interstitielles.

Les chirurgiens allemands déposèrent le bistouri pour s'armer de la petite seringue, avec l'espoir d'atteindre aussi sûrement le foyer tuberculeux, sans causer le moindre dommage ni la plus petite mutilation au malade.

Nous ne voulons parler que des procédés qui portent l'agent modificateur dans le sein des tissus, car l'insuffisance des topiques cutanés est par trop flagrante; reste-t-il un médecin pour croire vraiment, dans le traitement de la coxalgie, à l'efficacité des vésicatoires tant vantés par nos pères; de la teinture d'iode en applications externes, des pointes de feu superficielles, du chauffage de la jointure...?

L'ennemi est bien trop loin pour que vous puissiez espérer l'atteindre par de pareils moyens.

Mais pour des raisons inverses, la méthode des injections interstitielles semble à priori parfaitement rationnelle.

Les agents modificateurs proposés sont nombreux : c'est la teinture d'iode avec Luton, l'acide phénique avec Hueter, l'iodoforme sous forme d'éther iodoformé ou de glycérine iodoformée pour la plupart.

C'est enfin, pour Lannelongue, le chlorure de

zinc dont nous avons rapproché les cautérisations ignées faites profondément dans la jointure.

Chacun de ces procédés peut revendiquer quelques succès. Les injections de glycérine iodoformée sont actuellement en faveur en Allemagne et leur emploi a été recommandé au congrès de Berlin de 1894 par plus d'un des résécomanes d'autrefois.

Il en est de même des injections de chlorure de zinc.

Je n'ai pas à examiner ici si la méthode sclérogène a justifié toutes les espérances qu'elle avait fait concevoir; mais je crois n'être pas injuste ou trop sévère en disant qu'elle n'a pas modifié le pronostic ni le traitement de la coxalgie.

Du reste, je ne fais que reproduire le jugement que son inventeur, M. Lannelongue, porte sur les injections interstitielles en général; voici ses propres paroles : « Il faut le dire, il n'y a guère qu'une jointure qui se prête honorablement à ce mode de traitement, c'est l'articulation du genou. »

J'ajouterai simplement :

L'agent chimique qui, porté sur le foyer tuberculeux, est capable de l'éteindre, n'est pas encore trouvé; la valeur de ces injections est donc très relative.

Mais pour ce qui est de la coxalgie, il nous est presque toujours impossible de porter le remède sur le mal : non pas seulement, comme pour les autres tumeurs blanches, parce que les foyers tuberculeux sont dix-neuf fois sur vingt (Lannelongue) primitivement intra-osseux, mais parce que, seule, une très petite partie de la jointure est accessible sans danger à la méthode des injections interstitielles.

Ce n'est guère que le bourrelet fongueux qui se forme parfois (très rarement) au-dessus du grand trochanter que nous pouvons facilement atteindre.

Vouloir pénétrer jusque dans la cavité articulaire par la partie antérieure, c'est s'exposer à ne pas porter le liquide sur un point malade à cause de la profondeur de la jointure; mais c'est courir en outre des risques sérieux à cause du voisinage du nerf crural et des gros vaisseaux.

A Lannelongue qui nous affirme qu'il a conscience d'avoir traversé l'artère radiale et la tibiale postérieure sans le vouloir, mais sans qu'il en soit résulté d'inconvénients, je répondrai par le cas de Jeannel de Toulouse qui, en perforant la fémorale avec la seringue chargée de chlorure de zinc, a provoqué la mort de son petit malade, qui a succombé quelques heures après l'injection.

Et si l'on rappelle qu'on agit ici à l'aveuglette, que la méthode est très infidèle, qu'elle nécessite l'anesthésie, qu'elle ne va pas sans de petits risques d'infection, qu'elle rend presque impossible la bonne immobilisation de la hanche, l'on acceptera que les avantages de la méthode des injection interstitielles ne valent peut-être pas ses inconvénients, dans le traitement de la coxalgie.

Aux mécomptes laissés par les interventions précoces et à l'insuffisance de la méthode des injections interstitielles, hâtons-nous d'opposer les succès chaque jour plus nombreux et plus complets que nous donne, dans la coxalgie, le seul traitement orthopédique, c'est-à-dire le traitement conservateur.

Sa raison d'être nous l'avons déjà donnée; mais nous ne craignons pas de le répéter : le foyer tuberculeux de la coxalgie n'est pas la pustule maligne ou le cancer qui amènent, si le chirurgien n'intervient pas sans retard, l'infection fatale et rapide de l'organisme.

Non, si certaines influences permettent l'éclosion du tubercule, il en est d'autres qui l'empêchent. Et si le bacille installé dans la place se développe sous l'influence persistante des conditions qui l'ont fait naître, il va périr et s'éteindre sous l'influence des conditions inverses.

C'est par l'étude des causes d'ordre général qui président à l'éclosion et à la progression des foyers tuberculeux que nous avons pu établir le traitement général du coxalgique. C'est dans l'analyse des conditions locales qui ont amené la localisation de la tuberculose à la hanche et favorisent son développement, que nous devons chercher la base de notre traitement local.

Malheureusement l'étiologie de la coxalgie est loin d'être entièrement élucidée. Ne paraît-il pas cependant bien acquis à l'heure actuelle que : 1° *la pression supportée par les surfaces articulaires* de la hanche dans la station debout, et 2° *la mobilité très grande de la tête fémorale*, sont les deux conditions prédisposantes, et l'on peut dire aussi aggravantes, de la maladie?

Voilà les deux principes fondamentaux sur lesquels doit s'étayer notre thérapeutique ; si ces prémisses ne sont pas admises, nous ne pourrons pas nous entendre lorsqu'il s'agira d'apprécier la valeur respective des divers traitements proposés.

La première, à savoir : *la fâcheuse influence de la pression de la tête et du tronc sur la hanche*, est universellement acceptée, croyons-nous. Les Américains s'en préoccupent comme nous; et s'ils permettent à leurs malades la marche et la station debout, c'est qu'ils ont espéré pouvoir,

à l'aide de leurs appareils, supprimer cette pression.

L'on connaît le principe de ces appareils : grâce à un point d'appui solide pris sur l'ischion, enlever le poids du corps au membre inférieur malade et le reporter sur une tige ou attelle plus longue que le membre, terminée par une semelle touchant le sol pendant la marche — en même temps qu'on fait une légère traction sur le membre inférieur. Mais l'application de ce principe, bon en soi, n'est guère réalisable pratiquement. Ce que l'on peut dire, c'est que pas un des appareils inventés jusqu'alors par les Américains ou leurs imitateurs, quelque ingénieux qu'ils soient, ne remplit le but d'une manière vraiment satisfaisante.

Le moyen, sinon le seul, tout au moins le meilleur, de supprimer la pression de la partie supérieure du corps sur la hanche, c'est de mettre le malade dans la position couchée. Les Américains ne le contestent pas; s'ils rejettent le repos au lit prolongé, c'est qu'il leur paraît inconciliable avec la conservation de la santé du coxalgique. « Je suis convaincu, disait Cooper de San Francisco, que l'ancienne méthode de tenir les malades au lit pendant les premières périodes de la coxalgie est la pratique la plus détestable possible. Les forces physiques et morales s'affaiblissent sous l'influence du séjour

prolongé au lit, surtout chez les jeunes enfants.... » Il n'est pas un de nos coxalgiques de Berck qui ne donne un éclatant démenti à ces paroles. Puisque seule la position couchée supprime complètement l'influence fâcheuse du poids du corps sur les surfaces articulaires de la hanche, nous y soumettrons nos coxalgiques pour de longs mois et même plusieurs années, bien assurés que leur santé n'en sera pas amoindrie si nous suivons les indications que nous avons formulées dans le chapitre consacré au traitement général. Pour nous, ce n'est pas seulement pour la raison indiquée plus haut, c'est pour une autre raison non moins puissante que nous ne pouvons pas admettre la méthode américaine : c'est que l'appareil permettant la marche ne peut en aucun cas assurer l'immobilisation parfaite de la jointure malade, et que c'est là pour nous une deuxième indication, une deuxième nécessité, aussi impérieuse que la première.

Il faut bien l'avouer, *ce deuxième principe — condamner la hanche au repos absolu*, — est beaucoup moins universellement accepté que le premier. Les Américains l'ont jugé désastreux pour l'avenir fonctionnel de l'articulation, de même que le repos au lit leur paraissait désastreux pour l'intérêt général du coxalgique.

L'ankylose était pour eux la conséquence

forcée de cette longue immobilisation de la hanche; au lieu de rechercher cette immobilisation, ils l'évitaient; il suffit pour s'en convaincre de voir leurs anciens appareils, le premier appareil de Sayre notamment, où aucune disposition n'était prise pour assurer une immobilité plus ou moins complète de la hanche.

En permettant les mouvements, disait Le Fort qui avait tenté de vulgariser en France la méthode américaine, la guérison, si elle est obtenue, est du moins complète.

« Si elle est obtenue »…. Combien cette restriction était nécessaire! et combien de coxalgiques, cette liberté laissée à la hanche, a empêchés de guérir! combien j'en ai vus, à Berck, autrefois surtout, de ces enfants qu'on laissait marcher en pleine coxalgie, avec ou sans tuteur, avec ou sans béquilles! Huit fois sur dix, le repos qu'on leur avait jusqu'alors refusé était un beau jour fatalement imposé par les suppurations profuses et par la désorganisation de la ointure que l'aggravation de la coxalgie sous l'influence des mouvements et de la marche avait amenées….

Et au chirurgien américain cité plus haut qui, après avoir proscrit le repos des coxalgiques, ajoutait, non sans un air et un ton de bravade : « Je ne mets mon malade au lit que pour le ré-

séquer », nous répondrons : Nous l'y mettons pour n'avoir pas à le réséquer....

Il est juste de dire qu'il se produit depuis quelques années, de l'autre côté de l'Atlantique, une évolution très accentuée — l'on pourrait dire une conversion — vers la méthode française. Si tous les chirurgiens américains n'imposent pas encore à leurs coxalgiques le repos au lit avec un appareil de contention, ils ne mettent plus en doute la nécessité d'immobiliser la jointure; mais ils espèrent arriver avec leurs appareils actuels, tout en permettant la marche, à assurer cette immobilisation de la hanche.

Ces espérances sont vaines; et le meilleur appareil des Américains ne peut assurer le repos absolu de l'articulation coxo-fémorale, si le malade est autorisé à marcher. C'est Lovett (de Boston) qui s'est chargé de le démontrer lui-même à ses compatriotes; par des expériences très bien conduites, il a prouvé que l'appareil américain permettant la marche, laissait persister, même dans le cas où il réalisait une traction énergique, des mouvements de la hanche d'une étendue de 15 à 40°.

N'est-il pas intéressant de voir plusieurs de ces mêmes chirurgiens américains qui nous traitaient, il y a vingt ans, de retardataires, préconiser actuellement, avec nous, le repos au lit et l'immobilisation de la jointure comme la

base de tout traitement sérieux et vraiment efficace?

Ce traitement donne, en effet, des guérisons plus nombreuses et j'ajouterai même, plus satisfaisantes au point de vue fonctionnel.

L'ankylose n'est pas due, comme le pensent encore tant de médecins, à l'immobilisation prolongée de la hanche, qui amènera tout au plus une certaine raideur des tissus péri-articulaires. Mais l'ankylose vraie, c'est-à-dire de nature osseuse, ne peut être due qu'à l'altération des surfaces articulaires de la hanche, par conséquent à l'aggravation de l'ostéo-arthrite; et l'on peut dire, bien que ceci ait l'air d'un paradoxe, que le plus sûr moyen d'éviter l'ankylose, dans les cas où elle peut être évitée, c'est d'immobiliser complètement la jointure dès l'éclosion de la coxalgie.

La question tient tout entière dans ces quelques mots : Quelle est l'influence des mouvements d'un organe quelconque et d'une jointure en particulier, sur les inflammations de cet organe ou de cette jointure? Cette influence est manifestement nuisible : la clinique est là pour répondre.

La bonne influence du repos absolu sur l'évolution du foyer de la coxalgie ne se conçoit-elle pas aisément pour qui veut y réfléchir un instant? Tout ce qui est mouvement va mani-

festement irriter, enflammer, attiser ce foyer, peu ou beaucoup suivant l'étendue du déplacement.

Il n'en est pas autrement ailleurs. S'il s'agit d'une gomme tuberculeuse de la peau, elle guérira si vous la mettez à l'abri de tout mouvement et de tout choc de l'organe atteint, c'est-à-dire de toute cause d'irritation, pour me servir d'un mot trivial; et par contre chaque petit déplacement de la peau à ce niveau, chaque heurt, chaque attouchement même, sera un petit traumatisme qui favorisera le développement de cette gomme tuberculeuse. Cela est encore vrai pour la tuberculose interne, et au poumon, il en est de même. Lannelongue[1] remarque très justement que là le foyer tuberculeux tend à augmenter sans cesse parce qu'il y a une impossibilité d'obtenir l'immobilisation de cet organe. Les mouvements incessants et alternatifs du poumon sont pour ce foyer tuberculeux autant de causes continues d'irritation et de progression....

Je dirai, en ce qui regarde le foyer tuberculeux de la hanche : chaque petit déplacement des deux leviers articulaires, fût-il seulement de 1 degré, est de même une cause d'irritation et d'aggravation pour la coxalgie.

1. De la tuberculose chirurgicale, p. 8.

Le traitement le meilleur sera celui qui supprimera dans la plus grande mesure cette cause perpétuelle d'aggravation. Le traitement idéal serait celui qui assurerait l'immobilisation mathématiquement absolue de la hanche.

Dès lors toute thérapeutique qui ne se préoccupera pas par-dessus tout d'assurer, en même temps que le repos au lit du coxalgique, l'immobilisation complète de la hanche (le repos au lit ne pouvant à lui seul nous donner cette immobilisation parfaite), ne remplira qu'imparfaitement l'indication capitale du traitement de la coxalgie.

Si nous insistons sur des vérités en apparence évidentes, c'est qu'à l'heure actuelle, au moment même où les Américains reviennent en grand nombre à la méthode française, quelques chirurgiens français semblent vouloir mettre en doute la valeur du repos absolu de la hanche dans le traitement de la coxalgie.... Voilà même que Lannelongue, qui a tant préconisé le repos pour la thérapeutique des arthrites chroniques, qui attribue, comme nous le disions plus haut, dans la tuberculose pulmonaire, à l'impossibilité d'obtenir l'immobilisation de l'organe atteint, la plus désastreuse influence, vient dire, par une contradiction étrange lorsqu'il s'agit de la coxalgie, « qu'il n'est pas mauvais de laisser quelques

mouvements, assez étendus, à la hanche malade[1] »....

Tous ses élèves, il est vrai, ne le suivent pas sur ce terrain, et au lieu de laisser la hanche libre, comme le maître, cherchent à l'immobiliser de leur mieux avec un appareil plâtré.

Pourquoi donc, en ce qui regarde l'arthrite chronique de la hanche, cet abandon du grand principe du repos absolu de la jointure?

La raison de cet abandon (nous ne pouvons pas dire de cet oubli) la voici : c'est que Lannelongue tient par-dessus tout à faire une traction sur la jambe malade; or l'installation de l'appareil qui permet de faire d'une manière effective l'extension continue, rend impossible l'application d'un appareil réalisant l'immobilisation parfaite de la hanche.

Ces deux méthodes ne sont pas conciliables pratiquement : il est nécessaire de sacrifier l'une ou l'autre. Et les élèves de Lannelongue, qui ont voulu tout concilier et faire à la fois l'immobilisation absolue et l'extension continue, ne sont arrivés à faire d'une manière satisfaisante ni l'une ni l'autre, nous le démontrerons dans la suite; mais nous pouvons leur faire remarquer dès maintenant que, si le fémur était bien réellement immobilisé par l'appareil soi-

1. Coxo-tuberculose, p. 173

disant immobilisateur qu'ils appliquent, il ne pourrait être entraîné en aucun sens, ni aucunement influencé par leur traction; et en second lieu que cet appareil « immobilisateur », quelque petit qu'il soit, descendra au moins jusqu'au genou. L'appareil d'Hennequin qui, appliqué sur la cuisse, ferait une traction réelle sur la hanche, ne peut plus être installé; l'extension devra donc être appliquée sur la jambe et le pied, et son effort viendra s'épuiser sur le genou. Le résultat à peu près exclusif d'une traction, ainsi faite, sera d'amener une distension et une laxité des ligaments du genou....

En voulant tout concilier l'on ne fait donc ni une bonne immobilisation ni une bonne extension continue....

Quels peuvent être les avantages de cette méthode dite de l'extension continue à laquelle certains chirurgiens ont cru devoir sacrifier ici l'immobilisation absolue, lorsque l'utilité de l'immobilisation nous a paru s'imposer cependant d'une manière si évidente et si pressante, et s'impose pour ces chirurgiens eux-mêmes dans le traitement des autres arthrites chroniques? C'est ce que nous allons étudier ici.

Il est intéressant et instructif de rechercher les origines de la méthode.

Les Américains l'ont appliquée les premiers au traitement de la coxalgie. Voulant neutra-

liser pour les enfants, à qui l'on permettait la marche et la station debout, la fâcheuse influence du poids du tronc sur la hanche malade, ils faisaient, par une disposition spéciale de leur appareil, une traction sur le membre malade afin de le décharger de ce poids qu'on essayait de transporter sur une tige ou une attelle accolée à la jambe et venant toucher le sol.

C'était logique; mais malheureusement, comme nous l'avons déjà dit, les appareils ne réalisaient pas cette décharge d'une manière satisfaisante, et l'on a dû se résigner, pour supprimer effectivement la fâcheuse influence du poids du corps sur la hanche, à mettre les enfants dans la position couchée.

Pour les enfants couchés, l'extension continue ne paraissait plus avoir sa raison d'être. On l'a conservée cependant parce qu'il a été reconnu que si la hanche de cet enfant couché devient douloureuse on tend à prendre une mauvaise attitude, une traction faite sur le membre inférieur malade aura généralement raison de cette douleur et de cette attitude vicieuse, pourvu que cette dernière soit de date récente. Cette observation est exacte.

Ainsi donc, au début, l'extension continue a été appliquée au traitement de la coxalgie dans le but théorique de neutraliser l'influence du poids du corps sur la hanche chez les enfants

qui marchaient. Et on l'a gardée pour les coxalgiques mis au repos au lit, en raison de ses avantages cliniques manifestes. Ses partisans ont cherché à expliquer scientifiquement son mode d'action dans ce dernier cas.

La méthode s'appuie donc à l'heure actuelle sur des arguments d'ordre théorique et des arguments d'ordre clinique que nous allons passer successivement en revue :

A. — ARGUMENTS D'ORDRE THÉORIQUE

La première raison théorique que l'on donne de son emploi, « *c'est que seule elle se préoccupe de cette indication capitale : empêcher la pression réciproque des surfaces articulaires de la hanche, c'est-à-dire prévenir ce que l'on a appelé l'ulcération compressive* ».

Mais si cette compression existe lorsque le malade est dans la station debout, et nous en avons déjà suffisamment parlé, elle cesse d'exister dans la position couchée. Cela n'est pas absolu à la vérité; cette compression pourra encore être produite par la contracture des muscles de la région; je ne vois pas d'autre cause possible de sa production que le spasme musculaire. Et il devient nécessaire de supprimer ce spasme. Qu'est-ce que cette contracture qui se produit dans la coxalgie, sinon une

défense instinctive des muscles de la région de la hanche qui viennent par leur action immobiliser les deux leviers articulaires lorsque ceux-ci ne sont pas maintenus?

Le meilleur moyen de supprimer ces contractions passagères et ces contractures des muscles, c'est de les rendre inutiles, c'est d'assurer par divers moyens cette immobilisation de la jointure que les muscles viennent instinctivement réaliser.

Et si l'extension continue est capable de faire cesser cette contracture musculaire (et partant les douleurs et les attitudes vicieuses qu'elle amène), c'est parce qu'elle est capable « de soustraire les surfaces articulaires aux mouvements » comme le soupçonnait déjà Le Sauvage de Caen, le premier auteur qui ait parlé de l'extension continue.

Cela est si vrai que dans les cas, qui ne sont pas rares, où l'extension ne réussit pas à supprimer la douleur (c'est-à-dire la contracture musculaire), l'application d'un appareil immobilisateur a immédiatement raison du spasme et de ses manifestations cliniques.

En d'autres termes, la pression réciproque des surfaces articulaires ne peut être produite chez les enfants couchés que par la contracture musculaire. Et tous les moyens capables de supprimer la contracture mettront à l'abri de

l'ulcération compressive. L'immobilisation absolue est le meilleur moyen de faire céder à tous coups cette contracture; et l'extension continue n'y peut arriver que parce qu'elle assure une immobilisation relative, qui suffit souvent, il est vrai.

La deuxième raison d'ordre théorique que donnent les partisans de l'extension continue, c'est que *cette traction amène un écartement des surfaces articulaires de la hanche.* Il semble bien, à priori, que, si cet écartement est produit, l'on aura ainsi sûrement prévenu l'ankylose.

Mais l'extension continue, telle qu'elle est faite en clinique, peut-elle vraiment amener cet écartement? Oui certainement, lorsque existe une désorganisation de la jointure, à une période avancée de la coxalgie, ou encore après la résection de la hanche; mais sûrement pas au début de la maladie, tant qu'agit la pression atmosphérique, force physique, par conséquent continue, qui maintient physiologiquement au contact les deux surfaces articulaires et possède à elle seule une valeur de plus de 60 livres — l'extension telle que nous la faisons ayant une valeur de deux à six livres seulement.

Il est vrai qu'on ne sait pas à quelle période de la coxalgie la pression atmosphérique cesse d'agir. L'on a institué des expériences pour

résoudre ce problème. De l'aveu de Lannelongue lui-même, « les résultats contradictoires qu'elles ont donnés ne permettent pas de trancher la question de la séparation des surfaces articulaires de la hanche par l'extension continue ».

Lannelongue pense avoir été plus heureux que ses devanciers; mais l'expérience, faite sur le cadavre, par laquelle il croit avoir démontré la réalité de cet écartement et que nous avons discutée ailleurs[1], ne nous paraît pas plus qu'à Kirmisson[2] ou à Ollier, concluante.

Mais je veux bien l'admettre pour un instant, cet écartement articulaire tant discuté.... A quoi servira-t-il, puisque Lannelongue lui-même avoue dans ce même livre où il préconise si ardemment cette méthode : qu'au résumé l'on n'obtient la guérison, dans la généralité des cas, qu'au prix d'une ankylose, même dans le cas de coxalgie non suppurée... et *même lorsque a été appliquée l'extension continue, avec les plus fortes tractions*[3]....

Si cela est, pourquoi ne pas accepter l'immobilisation absolue?

Mais si l'ankylose est la terminaison habituelle, pour Lannelongue, des coxalgies non sup-

1. Comptes rendus du Congrès de chirurgie, 1893.
2. Traité de chirurgie, tome VIII, p. 907.
3. Coxo-tuberculose, p. 117.

purées, c'est encore bien plus indiscutable pour les coxalgies arrivées à la période ultime de désorganisation de la jointure, et pour les coxalgies réséquées.

La seule terminaison à rechercher alors est une bonne ankylose, et l'extension continue qui peut bien réellement à cette période amener l'écartement des surfaces articulaires met des entraves à la production de cette ankylose et compromet la guérison.

Ce n'est pas là une vue théorique :

1° A la période de désorganisation de la jointure, il faut chercher tous les moyens de provoquer la formation de processus adhésifs solides entre les deux surfaces articulaires; et l'immobilisation de la jointure la favorise tandis que l'extension continue l'empêche.

2° Après la résection, il en est de même; et nous pourrions citer au moins un cas de résection après lequel l'extension trop puissante et trop longtemps continuée a empêché l'ankylose de se produire et laissé une jambe en fléau, incapable de porter le poids du corps; ce n'est pas moi qui l'affirme, mais le grand chirurgien de Paris qui a fait cette résection et qui, partisan cependant de l'extension continue, a cru pouvoir lui attribuer dans ce cas le résultat orthopédique si médiocre qu'il a obtenu.

B. — Arguments d'ordre clinique.

Presque tous les partisans que la méthode de l'extension continue conserve, disent à l'heure actuelle : *Nous ne voulons pas discuter la question de savoir si la traction amène l'écartement des surfaces articulaires, ni son mode d'action. Ce que nous savons, c'est qu'elle nous rend de très précieux services au début de la coxalgie surtout, et cela nous suffit.*

1° *Elle supprime la douleur de la coxalgie.*

2° *Elle corrige les attitudes vicieuses.*

Il y a certes une part de vérité dans cette affirmation, mais aussi une part d'erreur. Tous ceux qui ont suivi un grand nombre de coxalgiques savent qu'il est des cas où l'extension continue ne supprime pas les douleurs, même lorsqu'on lui donne sa valeur maxima.

S'il est vrai d'autre part que l'extension continue supprime, dans un certain nombre de cas, l'attitude vicieuse, lorsque celle-ci est de date très récente, les cas sont encore plus nombreux où non seulement elle ne corrige pas la déviation déjà produite, mais où même elle ne peut pas empêcher la déviation de s'accentuer encore.

Voilà les enseignements de la clinique. Si après avoir appliqué pendant des années l'extension continue j'ai abandonné cette méthode, c'est

parce qu'elle me donnait des mécomptes trop fréquents et trop pénibles.

Il ne faut pas s'étonner qu'elle réussisse assez souvent à supprimer les douleurs et les attitudes vicieuses récentes. Douleurs et attitudes vicieuses du début de la coxalgie sont sous la dépendance directe de la contracture des muscles de la région. La suppression du spasme musculaire amènera la disparition de ces manifestations cliniques ; et l'extension continue, par l'immobilisation relative qu'elle procure, peut suffire dans bien des cas à faire céder le spasme musculaire et par cela même la douleur et les déviations récentes.

Les Américains ont démontré que plus la traction était puissante, plus et mieux la hanche était immobilisée ; et lorsque l'extension, avec sa valeur habituelle, ne supprime pas la douleur, il suffit souvent d'augmenter le poids d'une à deux livres pour obtenir le résultat cherché. Et lorsque même avec ce poids surajouté la douleur ne cède pas encore, appliquez un grand appareil immobilisateur sur la hanche : la douleur s'évanouit instantanément.

Comme Bœckel, Ollier et Verneuil l'ont remarqué depuis longtemps déjà, ce que l'on ne pouvait pas par l'extension continue dans ces cas rebelles, on l'a obtenu par l'immobilisation absolue de la hanche.

Il en est de même pour les attitudes vicieuses. Lorsqu'elles sont de date très récente et dues à la seule contracture musculaire, elles cèdent très souvent à l'extension continue. Mais lorsque la déviation est causée par des tractus scléreux et dans tous les cas quelque peu sérieux ayant une réelle tendance à progresser, l'extension continue deviendra impuissante à corriger l'attitude vicieuse déjà produite et même à prévenir une déviation nouvelle.

L'immobilisation absolue, au contraire, ne serait plus l'immobilisation absolue, si elle n'empêchait pas toute déviation, si petite soit-elle, de la hanche.

Telle est l'histoire et tels sont les effets cliniques de la méthode de l'extension continue. Je ne voudrais pas que quelqu'un pût se méprendre sur la portée de mes déductions. Ses partisans peuvent certainement présenter d'assez nombreuses observations de coxalgiques guéris par ce traitement. Il est bien loin de ma pensée de vouloir nier ces résultats — est-ce que nous ne savons pas que le seul repos au lit suffit assez souvent à amener de bonnes guérisons, lorsque la déviation n'existe pas encore?

Et je reconnais volontiers que l'extension continue en pourra revendiquer un plus grand nombre encore, puisqu'elle assure, surtout lorsqu'elle est faite par le procédé de Lannelongue,

une certaine immobilisation de la hanche. Elle suffira à guérir les coxalgies légères : c'est de ces cas favorables que vit l'extension continue.

Mais par cela même qu'elle agit en amenant une immobilisation relative, elle sera inférieure à la méthode de l'immobilisation absolue; et je puis affirmer, de par mon expérience personnelle, que dans tous les cas de coxalgie grave, où la maladie a une tendance accentuée à poursuivre sa marche en avant, l'extension continue sera impuissante.

Si l'immobilisation absolue est supérieure à l'extension continue pour le traitement de ces manifestations cliniques du foyer tuberculeux de la hanche, elle favorise également d'une manière plus puissante la guérison de ce foyer tuberculeux, pour des raisons que nous avons déjà données.

Si quelqu'un pouvait penser que notre siège était fait d'avance, que nous avons adopté de parti pris et d'emblée la méthode de l'immobilisation absolue de préférence à l'extension continue, qu'il se détrompe. J'ai commencé par celle-ci tant vantée par certains de nos maîtres ; et j'ai soigné des centaines de coxalgiques soit en ville, soit à l'hôpital, par la méthode de la traction continue. L'extension était faite au début par le procédé connu de Lannelongue, et plus

tard par le procédé très perfectionné d'Hennequin.

Ces malades je les ai suivis moi-même et surveillés de très près; il en est un bon nombre que j'ai vus tous les jours pendant près de deux ans. L'extension continue devait donner dans ces conditions, si je ne me trompe, son maximum de rendement.

Et cependant la vérité m'oblige à dire que parmi ces malades il en est un assez grand nombre — et ce n'étaient certes pas les moins surveillés — chez qui la traction, installée dès la première heure, continuée pendant de longs mois, n'a pu empêcher les attitudes vicieuses et les subluxations de se produire et la maladie de poursuivre sa marche en avant.... C'est alors que nous avons adopté la méthode de l'immobilisation absolue, qui avait fait ses preuves dans le traitement des autres tumeurs blanches, et elle nous a donné, pour le traitement de la coxalgie, des résultats incomparablement supérieurs à ceux de l'extension continue. Grâce à elle, la guérison est obtenue dans les cas les plus rebelles et toute déviation devient impossible si la coxalgie a été prise au début.

Notre statistique dira mieux que nous la supériorité de la méthode.

Nous pouvons résumer cette discussion en quelques mots :

L'efficacité de l'extension continue dans certains cas vient de ce qu'elle assure une immobilisation relative de la hanche; mais de là vient aussi son insuffisance dans les cas rebelles et la supériorité de l'immobilisation absolue, qui remplit d'une manière plus parfaite toutes les indications de la thérapeutique de la coxalgie et a une portée plus générale.

La supériorité de l'immobilisation absolue est démontrée à la fois par la raison et la clinique.

CHAPITRE VI

MOYENS DE FAIRE L'IMMOBILISATION ABSOLUE DANS LA COXALGIE

La gouttière Bonnet ne suffit que dans les formes bénignes; elle n'empêche pas les déviations dans les cas sérieux.

Seul un grand appareil embrassant toute la circonférence du tronc et le membre inférieur malade assure cette immobilisation absolue.

L'appareil devra remplir trois conditions :

1° Il sera construit avec une matière immédiatement solidifiable, c'est-à-dire avec du plâtre.

2° Il doit être très grand.

3° Il doit se mouler très exactement sur les parties qu'il embrasse.

Manière de construire un bon appareil plâtré. Avantages et inconvénients du grand appareil.

Il est difficile d'arriver à immobiliser bien complètement la hanche. Et c'est parce que cette immobilisation a été souvent mal faite et a par suite donné des résultats médiocres, que la méthode a été condamnée par plusieurs auteurs, qui lui ont attribué des échecs dont ceux qui l'appliquaient étaient seuls responsables.

Bonnet poursuivait, il y a quarante-cinq ans

déjà, le moyen de bien faire cette immobilisation; il crut avoir atteint le but, lorsqu'il nous donna sa gouttière. Cet appareil, malgré ses défauts, a rendu d'immenses services et son emploi a été un grand progrès dans le traitement de la coxalgie. Ces défauts on peut les atténuer : j'ai vu des parents intelligents et attentifs qui savaient de mille façons diverses supprimer, dans une grande mesure, les ennuis et les lacunes de la gouttière de Bonnet, complétant la contention du bassin par de petits coussins placés ici et là, et garnissant de toiles imperméables, faciles à remplacer, toutes les parties qui peuvent être souillées.

Mais assurer le bon entretien de l'appareil est, chez certains enfants, chose presque impossible; en second lieu il est d'un prix élevé et de ce fait inaccessible aux coxalgiques des hôpitaux; mais surtout, et c'est le reproche le plus grave qu'on puisse lui faire, la moitié postérieure du tronc et du membre inférieur étant seule embrassée par les parties rigides de la gouttière, la contention du corps et de la hanche n'est jamais parfaite dans cet appareil. Le bassin se dévie et se contourne; l'ensellure se reproduit et l'on retire assez souvent de la gouttière, comme le remarque Lannelongue, un enfant difforme....

Je ferai le même reproche à tous les succé-

danés de la gouttière de Bonnet. Ne pouvant assurer qu'une immobilisation relative, ils suffiront, à la vérité, à amener la guérison de certaines coxalgies bénignes, mais ils seront impuissants à guérir les formes quelque peu sérieuses de la maladie et à prévenir dans ces cas les attitudes vicieuses.

Je ne connais pas d'autre moyen d'assurer cette immobilisation absolue de la hanche que d'embrasser la circonférence entière du tronc et du membre inférieur malade dans un grand appareil.

Mais l'appareil, pour atteindre vraiment le but, doit remplir les trois conditions suivantes :

1° Il doit être très grand;

2° Il doit se mouler très exactement sur les parties qu'il est chargé d'immobiliser;

3° Il doit être construit avec une matière immédiatement solidifiable.

Cette matière ne peut être que le plâtre.

L'appareil plâtré devient solide dans cinq à dix minutes, il permet de *surprendre* le corps et la jambe dans une position parfaitement correcte; il sera solidifié et aura pris sa forme définitive avant que n'ait pu se produire le plus petit changement dans la bonne attitude du malade. Ces changements d'attitude se produisent au contraire sous l'appareil silicaté qui

met au moins vingt-quatre heures à se solidifier.

L'appareil doit être très grand et bien étroitement appliqué sur le corps.

Nos appareils montent jusqu'au voisinage de la ligne axillaire. L'on peut se dispenser dès lors de serrer le bandage d'une façon par trop étroite, au niveau de l'abdomen ou de la poitrine; il ne pourra donc gêner en aucun cas le bon fonctionnement des viscères abdominaux et thoraciques, tout en assurant l'immobilisation parfaite de la hanche.

L'appareil qui ne dépasse pas supérieurement le rebord costal, n'immobilisera l'articulation coxo-fémorale que s'il exerce une constriction très forte sur la région abdominale, constriction qui devient gênante pour l'estomac; et si l'appareil est un peu lâche, il devient incapable d'empêcher la flexion du bassin sur le fémur — je ne dis pas la flexion du fémur sur le bassin — ce que l'on n'a pas assez remarqué.

Il doit descendre très bas : nos appareils embrassent généralement la jambe et le pied du malade. Si l'appareil est arrêté au-dessus du genou, tous les déplacements de la jambe retentissent sur le fémur et par conséquent sur l'articulation coxo-fémorale. Il devient même nécessaire, pour assurer une immobilisation mathématiquement absolue de la hanche, de

comprendre le pied dans l'appareil, car le pied laissé en liberté pourrait butter contre les obstacles environnants et ses déplacements se transmettre, dans une certaine mesure, à la jointure malade.

Et c'est pour cette raison, il n'est pas mauvais de le redire ici, qu'on ne peut pas installer à la fois un bon appareil immobilisateur de la hanche et un appareil à extension continue, agissant sur cette même hanche.

En troisième lieu, l'appareil sera assez vigoureusement serré, sans causer toutefois de douleur ou de gêne pénible : on se garde facilement de cet écueil lorsqu'on a l'habitude du grand appareil. Nous avons vu des appareils plâtrés faits par d'autres chirurgiens, dans lesquels le petit coxalgique pouvait se déplacer tout à son aise, non seulement après quelques semaines ou quelques mois, la ouate s'étant tassée ou ayant été enlevée par le malade, mais dès la première heure qui suivait l'application du bandage. Ces appareils sont, sinon désastreux, du moins très insuffisants. C'est sans doute des appareils ainsi construits que Monod a vus lorsqu'il dit « que trop souvent la mauvaise attitude de la hanche se reproduit sous le bandage ».

Mais si l'appareil remplit les trois conditions ci-dessus mentionnées, il immobilisera vraiment la hanche et je déclare à M. Monod qu'il

préviendra tout retour de la déviation. C'est sur plus de cinq cents observations personnelles que je puis appuyer aujourd'hui cette déclaration; et tout le monde peut s'édifier à cet égard, en visitant les salles de coxalgiques de mes hôpitaux de Berck.

Il me semble qu'il suffit de jeter les yeux sur

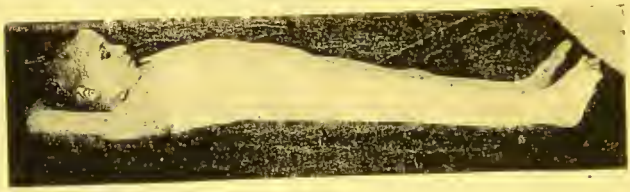


Fig. 1.

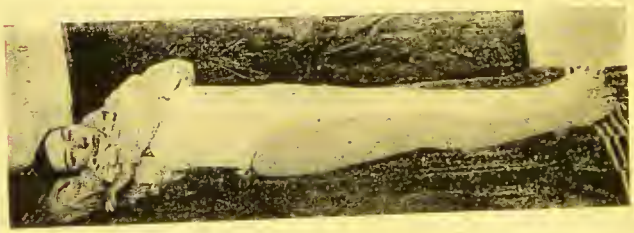


Fig. 2.

ces figures pour se rendre compte qu'un appareil ainsi construit immobilise absolument la hanche.

Mais les indications que nous avons données et ces figures elles-mêmes ne suffisent pas à qui voudrait construire un grand appareil plâtré. Or l'efficacité de ce bandage est intime-

ment subordonnée à son mode de construction : l'omission de tel détail pouvant l'empêcher de rendre les services que nous en attendons ou même le transformer en un instrument de torture pour le malade. Et bien que les meilleurs préceptes ne puissent jamais remplacer une certaine expérience personnelle, nous croyons être utile en exposant d'une manière explicite et claire la manière de procéder qui nous a paru la meilleure.

Il faut se procurer :

1° De la ouate ordinaire en rouleaux, de vingt à vingt-cinq centimètres de largeur, devant servir à protéger la peau contre le contact du plâtre.

La ouate remplace donc le maillot et est plus pratique et plus économique que lui.

2° Des bandes de tarlatane imprégnées de plâtre à modeler, très fin, très pur, non éventé, qui constituent la partie rigide de l'appareil.

3° De minces attelles de zinc qu'on place entre les bandes pour augmenter la solidité, sans augmenter le poids de l'appareil ; mais on peut s'en passer.

Les bandes sont taillées dans une pièce de mousseline ou de tarlatane du commerce ; elles mesurent sept à huit mètres de long et quinze à vingt centimètres de large. Grâce à cette largeur elles possèdent, surtout lorsqu'on les plisse

pour les rouler en corde, une résistance très grande qui permet d'exercer à tel moment et sur telle région une compression énergique. Elles sont ensuite imprégnées, par pression, de poussière de plâtre fin; mais il suffit également de les développer dans une grande cuvette renfermant cette poussière, puis de les rouler, la bande se charge ainsi d'elle-même de la quantité de plâtre nécessaire. Les bandes saupoudrées de plâtre sont conservées dans une boîte hermétiquement close; il est encore préférable de ne les préparer que quelques minutes avant la fabrication de l'appareil.

Au moment de s'en servir, on les plonge entièrement dans une grande cuvette pleine d'eau, de manière qu'elles puissent s'imprégner par toutes leurs faces. Il se produit immédiatement par les extrémités de la bande un dégagement de bulles d'air. Lorsque ce dégagement cesse — il dure à peine quelques minutes — les bandes sont prêtes à être employées.

Nous nous servons d'eau à la température ordinaire; le plâtre demandera pour se solidifier quelques minutes de plus que si l'on employait de l'eau chaude ou salée, mais par contre il sera beaucoup moins susceptible de se fissurer et de se briser dans les jours qui suivent son application.

Nous préférons nous servir d'eau stérilisée;

cette simple précaution, unie à celle de n'employer que de la ouate très propre et du plâtre très pur et non éventé (l'on sait combien il est difficile et cependant capital d'avoir du bon plâtre) nous met à l'abri de toute moisissure de l'appareil, quel que soit le temps — quatre, six, huit mois — pendant lequel il reste en place.

Pendant que se font les préparatifs que je viens d'indiquer, le malade est placé sur un grand pelvi-support, qui est en réalité un pelvi-cervico-support.

En voici deux modèles (fig. 3 et 4).

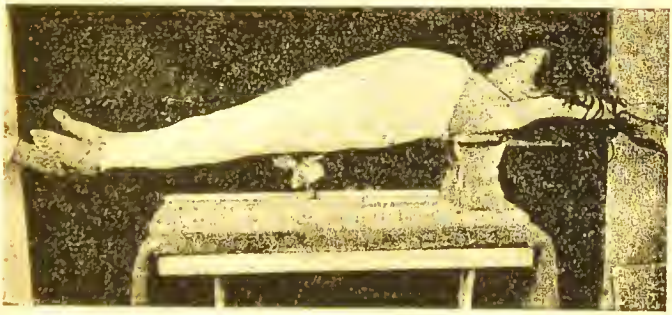


Fig. 3.

Le premier peut se transporter facilement en ville et s'adapter à une table quelconque.

Le deuxième, peu mobilisable étant soudé à une table spéciale, est employé par nous à l'hôpital Rothschild.

Mais les pièces de ce deuxième modèle, destinées à recevoir les pieds du malade, servent peu.

Presque toujours nous les enlevons, parce qu'il est nécessaire qu'une main expérimentée maintienne pendant toute la durée de l'application du plâtre, la bonne position du membre en déployant un léger effort, le membre abandonné ayant une tendance très marquée à reprendre sa mauvaise attitude.

En ville, lorsque nous n'avons aucun de ces

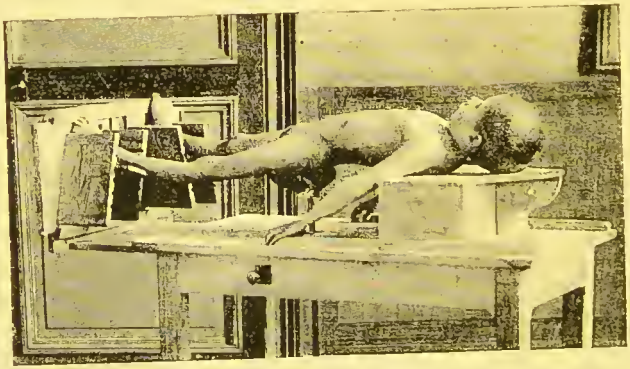


Fig. 4.

supports à notre disposition, nous en improvisons un avec les objets que nous trouvons autour de nous : boîtes métalliques, piles de livres recouvertes d'une serviette, etc., que nous plaçons sous le siège, sous les épaules et la tête.

Dès que l'enfant pose sur un plan bien horizontal, nous plaçons la jambe malade dans l'extension complète et dans une abduction

légère (20-25°) : c'est la position qui sauvegarde le mieux l'avenir fonctionnel du membre; et un aide attentif et intelligent est chargé de maintenir exactement cette position jusqu'à ce que l'appareil soit solide.

Alors commence la petite opération. Sur la peau préalablement enduite de vaseline ou d'alcool, l'on dispose la ouate en la roulant comme une bande, du pied malade à la ligne axillaire. La couche d'ouate appliquée doit être assez épaisse pour garantir la peau contre toute blessure; et assez mince pour ne pas laisser trop de jeu à l'articulation qu'on doit immobiliser. Lorsqu'on a une certaine habitude de l'appareil, on arrive instinctivement à répartir très régulièrement la ouate sur les divers points.

L'on peut dire approximativement que cette enveloppe présente partout une épaisseur d'au moins 2 à 3 centimètres, et une épaisseur un peu plus grande au niveau des deux épines iliaques, de la région gastrique et des seins, et aussi du talon; dans le cas où l'on doit comprimer fortement tel point de la hanche malade, il faut préparer cette compression, tout en la rendant inoffensive, par l'application en ce point de quelques bandelettes d'ouate entre-croisées.

Avant de se servir des bandes plâtrées, on les exprime fortement. La première bande est roulée sur la hanche malade en forme de spica

de l'aine; et est solidement serrée. En plissant la bande pour la transformer en corde l'on peut exercer une compression aussi énergique et aussi précise qu'on le désire.

L'on passe ensuite au pied, à la jambe et l'on passe de nouveau sur la région de la hanche où l'appareil doit avoir une solidité plus grande parce que c'est là qu'il supporte le plus grand effort; et l'on remonte en spirale jusqu'à la région mamelonnaire ou axillaire suivant les cas. Entre les diverses couches de bandes plâtrées, l'on peut placer des petites attelles de zinc qui augmentent la solidité de l'appareil sans augmenter sensiblement son poids; mais l'on peut s'en passer, avons-nous dit, ou tout au moins n'en appliquer que deux, l'une sur la région externe, l'autre sur la région antérieure de la hanche; car c'est là que l'appareil se brise généralement. L'on peut arriver au même résultat en appliquant entre les bandes une couche de 1 à 2 millimètres de « bouillie plâtrée »; cette bouillie étant préparée, séance tenante, avec du plâtre et de l'eau mélangés en proportions sensiblement égales.

Et l'on applique de nouvelles bandes jusqu'à ce que l'appareil paraisse suffisamment solide : il faut six, huit, dix bandes suivant la taille du sujet. Mais le chirurgien arrive, avec une certaine habitude, à *sentir* véritablement à quel

moment le plâtre possède l'épaisseur voulue pour résister aux efforts que fera fatalement l'enfant pour le briser. Cela dépend de l'âge, de la force et du caractère plus ou moins turbulent de l'enfant; cela dépend aussi de la période de la maladie; lorsqu'on se rapproche de la période de guérison, le petit coxalgique peut déployer davantage de force et devient beaucoup plus remuant, il devra donc être maintenu par des appareils plus solides.

Si le plâtre est de bonne qualité, le bandage est rigide 5 à 10 minutes après l'application de la dernière bande. A ce moment, on le recouvre d'un fin vernis de bouillie plâtrée qu'on lisse avec le plat de la main, ce qui donne à l'appareil un poli et un luisant qui ajoutent à son élégance.

Avec un bistouri ou un couteau, l'on dégage, si c'est nécessaire, les régions axillaires, les parties génitales et les orteils. Le revêtement ouaté dépassant de quelques centimètres les circulaires des bandes est ramené sur celles-ci et forme un bourrelet protégeant la peau.

La durée de la petite opération ne dépasse pas 15 à 20 minutes. Le plâtre étant solide après quelques minutes d'attente, il est certain que si la position du membre a été maintenue correcte pendant ce petit quart d'heure, nous n'avons plus d'inquiétude à avoir sur l'attitude du

membre. Un appareil bien fait ne peut nous rendre qu'un enfant bien droit.

A. — Inconvénients du grand appareil.

1° *Il empêche la surveillance de la hanche malade*, a-t-on dit, et s'il se produit une complication sous le bandage, elle pourra nous échapper....

Les complications sont extrêmement rares avec l'usage de ces appareils; il nous est arrivé seulement 4 fois de voir un abcès se produire malgré le bandage plâtré, et dans 3 cas l'enfant présentait déjà, au moment de l'application de l'appareil, un gros empâtement fongueux. Cependant nous acceptons cette critique, d'autant que la formation de l'abcès de la coxalgie ne se traduit pas toujours, quoi qu'on ait dit, par de la fièvre ou une altération manifeste de l'état général.

Aussi avons-nous cherché à supprimer cet inconvénient : pour cela nous pratiquons dans l'appareil une petite fenêtre au niveau des points suspects de la hanche; le couvercle plâtré enlevé presque à l'emporte-pièce avec un couteau se réapplique très exactement et est maintenu à l'aide d'une bande de mousseline.

On l'enlève aussi souvent qu'on le veut pour faire l'examen de la région. Le volet peut être

assez large sans qu'on nuise à la solidité d'un appareil bien construit. Ces diverses figures

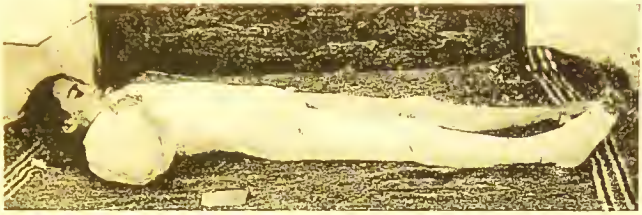


Fig. 5. — Le point suspect se trouvait dans ce cas à la région externe. On voit à droite le volet enlevé.

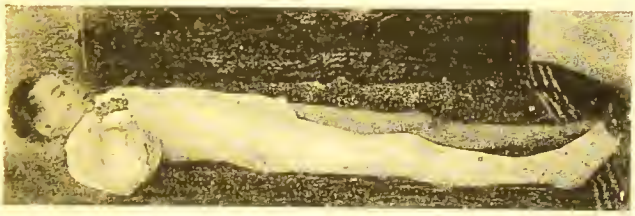


Fig. 6. — La même enfant avec le volet réappliqué.

Fig. 7. — Ici le point suspect se trouvait dans la région postérieure.

donnent une idée des services que ce procédé peut rendre.

Mais il faut convenir qu'on ne pourra faire à

Fig. 8. — La même; le volet réappliqué.

Fig. 9. — La partie suspecte (à surveiller) se trouvait ici à la partie externe de la région inguinale.

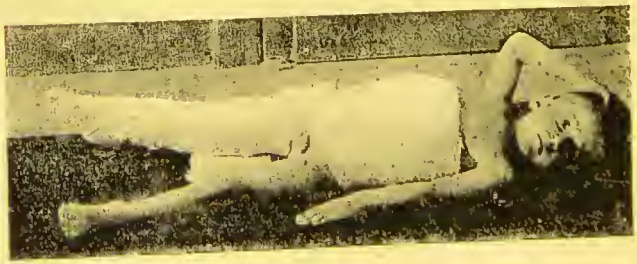


Fig. 10. — La même; le volet réappliqué.

l'aide de ce procédé qu'un examen incomplet de

la région de la hanche. Si donc l'on conserve quelque doute ou quelque crainte, ou que la famille le demande, on peut remplacer l'appareil tous les mois : cela suffit, car un abcès ne vient pas du jour au lendemain. Il n'y a à ce renouvellement mensuel du bandage plâtré qu'un inconvénient d'ordre pécuniaire.

A l'hôpital nous divisons l'appareil plâtré, construit comme d'ordinaire, en deux valves antérieure et postérieure ; on peut enlever l'une ou l'autre ou toutes les deux, une ou deux fois par mois pour faire un examen complet de la hanche. On les réapplique ensuite, ce qui peut se faire très exactement si l'appareil a été bien construit et nettement sectionné.

Voici des figures prises à l'hôpital Cazin-Perrochaud d'un de ces appareils.

Fig. 11.

La figure 11 représente l'enfant couché sur

la valve postérieure; la valve antérieure est posée à côté. Sur la figure 12 on voit les deux

Fig. 12.

valves réappliquées; une simple bande circulaire suffira à rendre ces deux valves solidaires.

L'inconvénient signalé plus haut peut donc être évité; et l'on peut surveiller la hanche malade malgré l'usage de l'appareil plâtré.

2° *Les appareils amènent une atrophie du membre inférieur*; cela est un peu vrai, mais cette atrophie est beaucoup moins marquée qu'on ne pense généralement; et puis cette méthode en guérissant, plus rapidement que toute autre, la coxalgie, avance la date où les exercices de marche et les massages seront possibles, et ce sont bien là les moyens les plus sûrs de faire disparaître cette atrophie qui accompagne toute coxalgie.

3° *Ils sont mal supportés.* — Ce reproche n'est pas mérité. Non seulement tous les enfants le tolèrent, mais encore sont enchantés et heureux d'avoir un tuteur qui dès son application sup-

prime toutes leurs douleurs et qui leur donne une sécurité et une tranquillité absolues. Sur plus de 500 appareils appliqués, nous n'avons dû en enlever qu'un, et cet appareil n'a amené une gêne pénible que parce que nous l'avions construit d'une manière très défectueuse : nous en parlerons plus loin.

L'appareil plâtré est donc toujours bien supporté par les coxalgiques : il suffit de visiter les salles de nos hôpitaux pour s'en convaincre. Peut-on en dire autant de l'appareil à extension continue?

Je connais bon nombre d'enfants chez qui cette extension installée par de grands chirurgiens de Paris, n'a pas pu être conservée à cause de l'insomnie et des douleurs très vives qu'elle amenait. Chez l'un d'eux, Michel A... de Passy, l'indolence était complète lorsqu'a été appliqué l'appareil à traction par un des maîtres les plus habiles : cet appareil a causé des souffrances si violentes qu'on a été obligé de l'enlever la nuit suivante, après avoir vainement insisté pour le faire accepter par le petit malade. Le chirurgien qui l'avait appliqué est rappelé dès la première heure et l'a réinstallé : les douleurs ont reparu, et l'on a été obligé de renoncer à l'extension continue. Ollier cite des faits semblables, et j'en ai observé pour mon compte un certain nombre. Un élève d'Ollier prétend même que si

ces faits ne sont pas plus nombreux, c'est parce que, dans les hôpitaux ou même en ville, à cause de la supercherie des petits malades et de la complicité des parents ou des infirmières, le poids s'embarrasse dans le pied du lit ou autour de la poulie, et l'extension ne se fait plus en réalité, tout au moins pendant la nuit. Cette remarque n'est pas fantaisiste, comme essayeront de le soutenir les partisans de l'extension continue. J'en appelle aux infirmières des hôpitaux d'enfants de Paris, et aux mères de coxalgiques qui ont soigné leur enfant par la méthode de l'extension continue.

4° Les *appareils plâtrés sont d'un entretien difficile* et *se souillent fréquemment*. Cela n'est vrai que pour les tout petits enfants et il est possible d'arriver, même chez eux, à préserver le bandage pendant assez longtemps à l'aide de petits moyens, en le recouvrant de toiles imperméables au niveau du bassin, en avant et en arrière; mais il faut chez eux se résigner cependant à remplacer l'appareil de temps à autre.

5° *La peau s'altère sous l'appareil*. En aucune façon; elle se recouvre simplement de débris épidermiques; et si l'on fait avant l'application du bandage la toilette complète du corps, et si l'appareil est construit avec de l'eau stérilisée, de la ouate bien pure et du plâtre non éventé.

l'on n'a pas à craindre les troubles de nutrition de la peau.

6° Les appareils plâtrés *sont difficilement acceptés par les parents.* Oui, parfois par ceux qui n'en ont jamais vu, mais non par ceux qui ont pu se rendre compte du bien-être de l'enfant ainsi maintenu, et de l'impossibilité absolue dans laquelle il se trouve de se déplacer. Cette constatation que les mères font sur leur enfant dès les premières 24 heures qui suivent l'application de l'appareil, dissipe immédiatement leur répugnance, qui se change bien vite en une satisfaction et une sécurité complètes.

L'appareil plâtré ne nous a jamais donné de mécomptes; il a été une seule fois la cause d'un petit accident ou plutôt d'un incident : c'était chez une fillette de la maison de santé de la villa Notre-Dame à Berck, à la suite d'un redressement très difficile et très pénible. La jambe et le bassin ayant une grande tendance à reprendre leur mauvaise position, nous avons fait exercer par nos internes, pendant toute la durée de l'application de l'appareil, des pressions et des manœuvres très vigoureuses sur les deux épines iliaques.

L'enfant ayant ressenti quelques malaises douloureux dans les semaines qui ont suivi, le bandage a été enlevé par un de mes aides qui a

trouvé deux petites ulcérations au niveau des épines iliaques.

C'est le seul incident que nous ayons observé sur plus de cinq cents appareils plâtrés construits par nous. Il comporte deux enseignements : le premier, c'est qu'il faut se garder, pendant l'application du bandage, de toute manœuvre trop vigoureuse pouvant dépouiller de leur enveloppe ouatée les deux épines iliaques, qui sont les points les plus saillants et partant les plus menacés par la pression du plâtre; et secondement, c'est que si l'enfant souffre encore dans son appareil, c'est que celui-ci est défectueux, il faut le remplacer.

B. — Avantages de l'appareil platré.

Les avantages principaux de la méthode de l'immobilisation absolue, assurée par ce bandage, nos statistiques les diront mieux que nous ne pourrions faire, en montrant :

La constance à peu près absolue de la guérison de la coxalgie lorsqu'elle est traitée par cette méthode;

Les membres parfaitement droits que l'on retire de ces appareils plâtrés, résultat dont témoignent les figures prises sur nos malades;

Et aussi la rapidité plus grande de la guérison.

Comme avantages secondaires, signalons : la surveillance facile de ces enfants et la sécurité complète que ce bandage donne au médecin et aux familles. Il est des coxalgiques que je soigne de cette façon très loin de Berck; je les vois toutes les quatre à six semaines; dans l'intervalle des visites, l'appareil plâtré donne aux parents comme au chirurgien une tranquillité parfaite.

Les religieuses que j'ai actuellement à l'hôpital Cazin-Perrochaud sont celles qui se trouvaient autrefois à l'hôpital administratif de Berck, avant sa laïcisation.

Elles me disent journellement : « Les coxalgiques étaient bien autrefois, du temps de l'extension continue, les enfants qui nous donnaient le plus de mal : parce que l'appareil de traction se déplaçait dix fois par jour, quoi qu'on fît, parce que les enfants souffraient encore au moindre déplacement, parce que les complications étaient très fréquentes.

« Depuis l'usage de l'appareil plâtré, les coxalgiques sont au contraire ceux qui nous donnent le moins d'ennuis et le plus de satisfactions. Les enfants mis dans l'appareil ne souffrent plus, ils retrouvent la gaîté, l'appétit, le sommeil; on les remue sans craindre de leur causer la moindre douleur, et nous avons la joie de les voir guérir. »

Cette facilité de les déplacer sans douleur permet, en ville, de les poser sur la petite voiture dans laquelle on les promène soit dans les rues, soit à la plage : ces déplacements ne sont ni douloureux, ni nuisibles pour le bon état de la jointure.

Est-il étonnant, après cela, que toutes les mères dont les enfants ont été une fois « plâtrés » soient ravies de ce traitement et n'en veuillent point d'autre?

Il me sera permis, j'espère, de conclure en disant que *l'usage de l'appareil plâtré est le traitement qui remplit le mieux les deux indications capitales de la thérapeutique de la coxalgie : éteindre le foyer tuberculeux de la hanche; conserver un membre utile... et qu'il réalise un grand progrès.*

Mais il est temps de faire l'application de ces principes et de ces méthodes aux divers cas qui peuvent se présenter dans l'histoire clinique de la coxalgie.

CHAPITRE VII

EXAMEN DES DIVERS CAS QUI SE PRÉSENTENT EN CLINIQUE

PREMIER CAS

COXALGIE AU DÉBUT, SANS ATTITUDE VICIEUSE

Deux indications : *a*) éteindre le foyer tuberculeux de la hanche ; *b*) prévenir les déviations.

Le meilleur moyen de remplir ces deux indications, c'est d'appliquer un bandage plâtré qui maintient la hanche et permet de faire la compression de la région malade. C'est donc la méthode de choix, mais on peut conserver pour ces cas la gouttière de Bonnet ou même l'extension continue. La durée d'un traitement local sévère doit varier suivant les cas. Ce n'est que quatre à six mois après la disparition de toute manifestation clinique qu'on pourra mettre le malade sur pied.

Nous passerons successivement en revue les diverses périodes de la coxalgie, ou mieux les divers cas qui peuvent se présenter en clinique ; car la division classique de la coxalgie en trois périodes est trop arbitraire pour que nous veuillions la conserver ici.

Chaque manifestation clinique nouvelle entraîne des indications thérapeutiques spéciales.

Nous établirons, après l'énoncé de chacune des formes de la coxalgie, ces indications, et ensuite la manière qui nous a paru la meilleure de les remplir.

PREMIER CAS

IL S'AGIT D'UNE COXALGIE AU DÉBUT, SANS ATTITUDE VICIEUSE.

Il ne faudrait pas croire que la coxalgie au début revêt toujours cet aspect clinique. Il n'est pas rare de voir la coxalgie éclater subitement, si je puis ainsi dire, par une douleur violente entraînant d'emblée une attitude vicieuse.

Je viens d'en voir récemment un exemple très remarquable avec mon ami le Dr Moulonguet d'Amiens : un petit garçon de six ans, atteint d'otorrhée, prenait sa leçon, chez lui, à dix heures du matin, lorsqu'il a subitement accusé dans l'aine droite des douleurs extrêmement vives lui arrachant des larmes et des cris.... L'enfant est mis au lit et le médecin qui l'a vu deux heures après, constatait une déviation de la cuisse caractérisée par une abduction et une rotation externe.... Le diagnostic de coxalgie porté dès le surlendemain s'est confirmé depuis.

Mais il est des coxalgiques qui ne présentent

pas dès le début ces attitudes vicieuses et ces douleurs (ces deux phénomènes sont presque

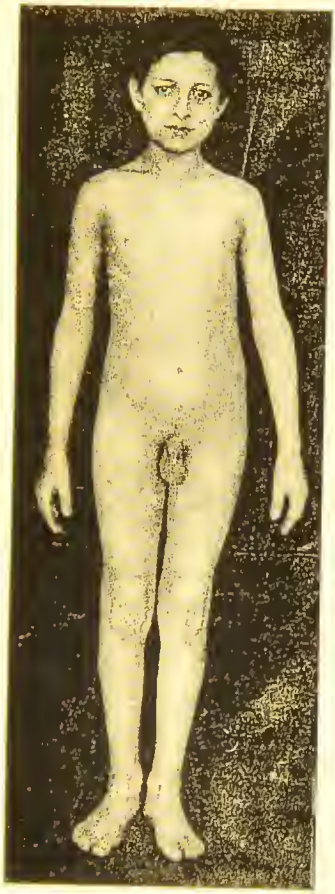


Fig. 13. — Coxalgie gauche au début, sans attitude vicieuse.

toujours solidaires) ou dont l'attitude pourra même rester correcte pendant toute la durée de la coxalgie. Nous donnons ici la figure d'un

de ces malades actuellement en traitement à l'hôpital Cazin-Perrochaud.

Ces coxalgiques présentent avec un engorgement des ganglions inguinaux, quelques douleurs nocturnes, ou une douleur à la pression de la tête fémorale ou encore une limitation du mouvement d'abduction.

Quel sera le traitement de ces coxalgies légères?

Deux indications thérapeutiques se posent : la première, c'est de favoriser et même de provoquer l'extinction du foyer tuberculeux de la hanche; la deuxième, c'est de prévenir une attitude vicieuse qui peut apparaître d'un moment à l'autre en même temps que des phénomènes douloureux.

La première indication du traitement sera remplie en majeure partie par le seul repos au lit. Il a suffi dans certains cas pour amener la guérison.

Mais il est plus sage d'assurer un repos plus complet de la jointure par un moyen de contention plus étroit.

C'est pour ces malades qui n'ont ni douleurs aiguës ni attitude vicieuse que la gouttière Bonnet ou l'extension continue, qui nous permettent de faire une immobilisation relative de l'articulation malade, peuvent être à la rigueur conservées. J'ai dit qu'il y a des parents intelli-

gents qui savent atténuer dans une très grande mesure les défauts de la gouttière Bonnet.

Mais veut-on faire mieux, veut-on mettre son malade dans les conditions les plus favorables à la guérison, et hâter cette guérison, qu'on n'hésite pas à faire l'immobilisation absolue des deux leviers articulaires; nous savons que supprimer les plus petits déplacements de la jointure, c'est supprimer toutes les causes d'irritation, c'est-à-dire de progression du foyer tuberculeux de la hanche.

Ajoutez à cela que, grâce à l'emploi de l'appareil plâtré, l'on peut exercer une compression favorable dans telle partie de la hanche où l'on perçoit des fongosités ou de l'empâtement, et que l'application du bandage est encore un moyen de prévenir sûrement toute attitude vicieuse, ce que la gouttière de Bonnet et l'extension continue sont impuissantes à faire.

L'on connaît la fréquence du cri nocturne si spécial du coxalgique, que vient troubler dans son sommeil une contracture douloureuse des muscles de la région de la hanche. L'immobilisation absolue a raison de ces douleurs nocturnes.

Mais si le malade se plaint dans la journée, alors l'hésitation n'est plus permise, cette souffrance diurne doit nous faire craindre encore davantage l'attitude vicieuse, et il faut de toute

nécessité, si l'on veut prévenir une déviation, immobiliser complètement la hanche.

La thérapeutique de ces coxalgies légères peut se résumer en deux mots :

Si la gouttière Bonnet et l'extension continue peuvent être à la rigueur conservées, la méthode de choix est pour les malades de ce premier groupe l'usage de l'appareil plâtré, qui seul assure le repos complet de la jointure, et empêche toute attitude vicieuse.

Ce traitement sévère sera conservé jusqu'à ce que soient bien complètement éteintes toutes les manifestations morbides, c'est-à-dire l'empâtement de la région et l'adénite inguinale, les douleurs spontanées, même nocturnes et aussi les douleurs qu'amenaient la pression de la tête fémorale ou les mouvements partiels communiqués à la jointure.

On peut dès ce moment supprimer les moyens de contention, sans attendre que le petit malade ait recouvré la totalité des mouvements. Il serait même mauvais de rechercher ce résultat.

Le foyer tuberculeux est, je ne dis pas éteint, mais près de s'éteindre; car s'il peut rester latent plus ou moins longtemps avant de se traduire par des manifestations cliniques, la disparition de ces phénomènes cliniques ne suffit pas pour affirmer la disparition complète du foyer tuberculeux.

L'on doit admettre au contraire qu'il va redevenir latent pour plusieurs mois et peut-être pour une année entière avant de s'éteindre effectivement.

L'enfant sera débarrassé de son appareil ou de sa gouttière, mais encore gardé dans la position couchée pendant quelques mois, 4 à 6 en moyenne.

Il n'est pas nécessaire de lui octroyer l'autorisation de se mouvoir, et de donner un peu de jeu à la hanche : cette autorisation il la prendra lui-même.

Si pendant ces quelques mois l'observation la plus minutieuse ne permet pas de saisir le moindre indice d'un retour offensif de la maladie (en particulier pas de douleurs nocturnes), nous pouvons essayer de mettre le petit malade sur pied avec un tuteur silicaté....

Mais nous aurons à revenir longuement sur les précautions à prendre, à cette période difficile, dans le chapitre consacré à l'étude de la convalescence.

L'on ne peut guère déterminer à l'avance la durée du traitement. L'on peut soutenir que les formes bénignes, prises au début, demandent un traitement ou, si l'on veut, un repos au lit d'au moins un an.

La durée de la maladie sera modifiée d'ailleurs par la valeur du traitement local institué,

par l'hygiène générale du petit malade, son alimentation, le milieu où il se trouve; ou par une maladie intercurrente (rougeole, influenza), qui, venant affaiblir l'enfant, retarde la guérison du foyer tuberculeux.

CHAPITRE VIII

DEUXIÈME CAS

COXALGIES AU DÉBUT AVEC ATTITUDES VICIEUSES
COXALGIES DOULOUREUSES

Deux indications à remplir : 1° Supprimer l'attitude vicieuse ; 2° rechercher comme précédemment l'extinction du foyer tuberculeux.

L'attitude vicieuse est, au début de la coxalgie, produite par la contracture des muscles de la région de la hanche et sa correction peut être obtenue par tous les moyens capables de supprimer ce spasme musculaire.

Pour les déviations quelque peu anciennes, l'intervention chirurgicale faite sous le chloroforme est indispensable.

Le redressement brusque avec anesthésie, seul efficace contre les déviations anciennes ou rebelles, est encore la méthode de choix pour les attitudes vicieuses du début.

Technique du redressement forcé. A la suite du redressement, la contention est parfaitement assurée par l'appareil plâtré. Celui-ci a encore l'avantage de remplir la deuxième indication, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent.

L'appareil plâtré est en outre souverain contre la douleur de la coxalgie.

La coxalgie qui s'accompagne d'une attitude vicieuse, entraîne deux indications thérapeutiques :

1° Supprimer le foyer tuberculeux;

2° Supprimer l'attitude vicieuse.

C'est à ce groupe qu'appartiennent les coxalgies douloureuses — les douleurs violentes étant presque toujours, sinon toujours, accompagnées d'attitudes vicieuses pour la raison déjà maintes fois donnée.

L'attitude vicieuse qui crée des indications thérapeutiques nouvelles peut se produire d'emblée dès que la coxalgie éclate, comme nous en avons cité un exemple dans le chapitre précédent; mais elle n'apparaît assez généralement que quelques semaines ou quelques mois après le début de la maladie, et doit être attribuée dans ce cas à ce que la coxalgie a été peu ou mal soignée.

J'ai montré dans le chapitre v que l'extension continue la mieux faite et la mieux surveillée ne pouvait pas, dans les cas quelque peu sérieux, empêcher les attitudes vicieuses, ni même les subluxations de se produire.

Nous n'avons pas à étudier ici les éléments de cette déviation.

Dès qu'elle existe, guérir le foyer tuberculeux ne suffit plus. Nous devons nous préoccuper de l'avenir fonctionnel du membre, qui sera gravement compromis si cette déviation persiste.

Jusqu'à Bonnet de Lyon, l'on n'osait pas toucher à ces attitudes vicieuses par crainte des

accidents que pouvaient déterminer les tentatives de correction. Le grand chirurgien lyonnais a démontré que ces craintes étaient vaines, et proclamé la nécessité impérieuse de redresser le membre dévié ; c'est à lui que revient la gloire d'avoir indiqué la technique du redressement.

Nous allons étudier successivement :

1° Le moyen d'obtenir la correction, c'est-à-dire le manuel opératoire ;

2° Les moyens de maintenir cette correction.

Si tout le monde accepte à l'heure actuelle la nécessité du redressement, l'on discute encore pour savoir si ce redressement doit se faire en une seule séance ou d'une manière progressive, avec ou sans anesthésie.

Ces deux opinions sont soutenables, lorsqu'il s'agit d'une attitude vicieuse peu ancienne, produite et entretenue seulement par une contracture des muscles de la région. L'on arrivera, dans ce cas, à une correction par tous les moyens capables de faire cesser cette contracture musculaire.

C'est ainsi que la gouttière Bonnet et l'extension continue, par l'immobilisation relative qu'elles assurent, peuvent faire cesser ces attitudes vicieuses du début de la coxalgie.

Mais pour les attitudes vicieuses quelque peu rebelles ou quelque peu anciennes, entretenues par des rétractions scléreuses, ces petits moyens

ne suffisent plus, et la nécessité du redressement forcé s'impose ainsi que celle de l'anesthésie.

Pour nous, quelle que soit la déviation, légère ou marquée, ancienne ou récente, dès qu'elle existe, nous faisons sans retard, en une séance et avec l'aide du chloroforme, le redressement forcé.

Dès que ce résultat est obtenu, nous maintenons la correction par l'application immédiate d'un grand appareil plâtré, faite tandis que le malade est encore dans la résolution chloroformique.

Ce procédé est plus simple, plus expéditif, s'applique à tous les cas, et donne d'emblée des résultats parfaits. En outre il supprime du coup toute douleur chez ce coxalgique à qui le seul frôlement de la couverture du lit arrachait des cris.

Nous indiquerons en quelques mots la technique du redressement.

Il vaut mieux endormir l'enfant dans son lit, à cause des souffrances si vives que tout déplacement ramène. On le porte ensuite sur la table d'opération ou sur une table quelconque. On l'entraîne de manière que le bassin réponde à l'une des extrémités de la table et que les jambes pendent au delà. Une personne soutenant la jambe saine, le chirurgien saisit le

membre inférieur malade, la cuisse d'une main et la jambe de l'autre, tandis qu'un ou deux aides fixent le bassin sur le plan du lit par des pressions faites de haut en bas. L'on a eu soin de protéger les deux épines iliaques, à l'aide de deux coussinets ouatés, contre les pressions trop violentes des aides.

Aucune manœuvre n'est nécessaire pour obtenir le redressement s'il s'agit d'une attitude vicieuse récente, due à une simple contracture musculaire ; la résolution chloroformique en amène la disparition, et l'on peut appliquer immédiatement l'appareil plâtré qui maintiendra la correction.

Mais, dans l'immense majorité des cas, il sera nécessaire de recourir à quelques tractions pour arriver à un résultat complet.

Par ces manœuvres lentement et méthodiquement conduites, l'on porte le fémur alternativement dans le sens de la flexion puis de l'extension ; on lui imprime ensuite quelques mouvements de latéralité et même de circumduction jusqu'à ce qu'on soit arrivé à replacer les deux épines iliaques, les deux genoux et les deux pieds dans une position entièrement symétrique.

La durée de ces manœuvres est généralement de quinze à vingt minutes. L'on pourrait, à la vérité, gagner du temps, en augmentant l'effort

déployé, mais l'on s'exposerait ainsi à divers petits accidents, en particulier à des fractures sous-trochantériennes et sus-condyliennes du fémur. Sans vouloir attribuer à ces fractures une gravité qu'elles n'ont pas, j'estime qu'il vaut mieux les éviter, et tout le monde sera de cet avis, je pense....

Il n'est pas d'autre moyen radical de maintenir la correction que d'appliquer, aussitôt après qu'elle a été obtenue, un grand appareil plâtré, bien méthodiquement et étroitement construit. Lannelongue conseille bien, pour les cas « où le redressement brusque suivant la méthode de Bonnet a été nécessaire, de faire suivre le redressement de l'extension continue, afin de maintenir la bonne attitude que l'on vient de conquérir ». Mais l'extension continue est, dans les cas dont parle Lannelongue, impuissante à maintenir la correction; et bon nombre de ses élèves se séparent encore ici de lui, appliquant après le redressement l'appareil plâtré.

Non seulement ce grand bandage conserve entièrement le résultat orthopédique que nous venons d'obtenir, mais encore il supprime du coup les douleurs atroces du malade. C'est radical et souverain.

Si après deux, quatre, six semaines écoulées, l'enfant se reprend à crier la nuit, ce que nous avons observé plusieurs fois, c'est que l'immo-

bilisation de la hanche n'est plus suffisante.

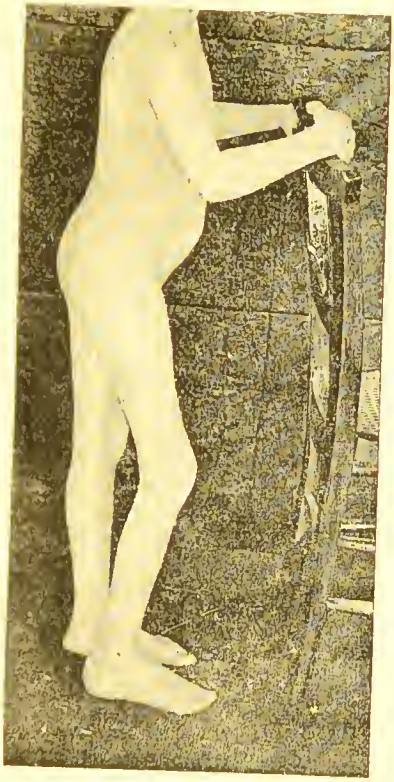


Fig. 14. — Cette figure représente un coxalgique traité dans un hôpital d'enfants de Paris, par la méthode de l'extension continue. Il avait encore son appareil à traction au moment où il est venu à Berck. Il a été photographié dès le jour de son arrivée. On peut se rendre compte de la déviation très accusée que l'extension continue a laissée se produire.
L'enfant a été redressé deux jours après son arrivée à Berck et mis dans l'appareil plâtré ; la figure I du chapitre VI représente le même enfant redressé.

L'appareil s'est brisé ou bien l'enfant a enlevé la couche d'ouate, ce qui lui permet de se mou-

voir dans sa carapace plâtrée. Il faut enlever le

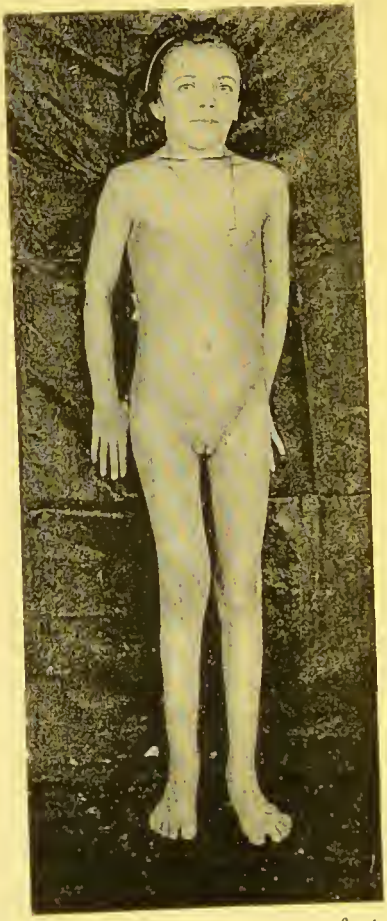


Fig. 15. — Cette figure représente une enfant qui avait été redressée pour une attitude vicieuse très accentuée, puis mise dans le grand appareil plâtré. Cette photographie a été prise au moment de sa sortie du premier appareil, *huit mois après le redressement* : on remarque la rectitude parfaite de la jambe et son atrophie insignifiante.

bandage et le remplacer. Le nouvel appareil.

plus étroitement moulé sur le corps, supprimera ces douleurs nocturnes[1]. Lors même qu'il ne surgit pas d'indication pressante de l'enlever, il est préférable de le changer entièrement tous les trois ou quatre mois. S'il existe en un point une menace d'abcès, on le renouvellera tous les mois, ou bien on surveillera le point suspect par le procédé du volet, déjà connu.

On conserve les appareils jusqu'à ce que l'attitude vicieuse n'ait plus de tendance à se reproduire, et d'une manière plus générale jusqu'à ce que toute manifestation morbide ait entièrement disparu.

Puis on se conduira comme nous l'avons indiqué à la fin du précédent chapitre, et comme nous le dirons plus longuement encore à propos de la thérapeutique de la convalescence.

1. Dans deux cas cependant, bien que nous ayons renouvelé par trois fois, à quelques jours d'intervalle, l'appareil plâtré, les douleurs ont persisté pendant la nuit, atténuées il est vrai. Étant sûr que la construction du dernier appareil n'était point défectueuse, j'ai cru pouvoir attribuer cette persistance de la douleur nocturne à l'existence d'un abcès intra-osseux; effectivement, quelques mois après, l'abcès était accessible à nos moyens d'exploration.

CHAPITRE IX

TROISIÈME CAS

COXALGIE AVEC ABCÈS (*mais abcès non ouvert*) AVEC OU SANS ATTITUDE VICIEUSE

---

a) *Traitement de l'attitude vicieuse.* — Dans le cas où existe une attitude vicieuse, si celle-ci est très facile à corriger, faire immédiatement cette correction, puis appliquer un appareil plâtré. On fait ensuite le traitement de l'abcès.

Si le redressement devait nécessiter des efforts trop violents, y renoncer pour l'instant et s'occuper actuellement de l'abcès. On fera le redressement plus tard, à la période de guérison.

b) *Traitement de l'abcès fermé.* — Se garder par-dessus tout d'ouvrir cet abcès, comme le font encore certains chirurgiens. La coxalgie suppurée n'est grave que lorsque la suppuration s'est fait jour à l'extérieur. Au contraire, on peut obtenir, neuf fois sur dix, la guérison rapide de l'abcès non ouvert. Merveilleuse efficacité des injections répétées de naphtol camphré et de glycérine iodoformée. C'est le traitement de choix. Technique de la méthode des injections intra-cavitaires.

Ce n'est que dans le cas où cette méthode a échoué ou n'est pas applicable qu'on fera l'extirpation complète de l'abcès. Manuel opératoire de l'ablation complète.

Le traitement de l'abcès doit être concilié avec l'immobilisation de la hanche, dont la nécessité s'impose pendant toute la période active de la coxalgie.

Nous abordons l'étude de la coxalgie suppurée; mais, en tête de cette étude, nous devons établir une distinction radicale entre les coxalgies à abcès non ouvert et les coxalgies fistuleuses. Au nom de l'observation et de la clinique, nous soutiendrons cette opinion : que le pronostic de la coxalgie à abcès non ouvert se rapproche bien davantage de celui des coxalgies non suppurées, que du pronostic des coxalgies dont la suppuration s'est fait jour à l'extérieur.

La crainte instinctive, irraisonnée de l'abcès de la coxalgie, qui existe encore pour tous les parents et pour presque tous les médecins, n'a plus sa raison d'être, en ce moment où nous sommes si puissamment armés pour guérir cet abcès et transformer rapidement cette coxalgie en une coxalgie non suppurée. Je ne parle pour l'instant, bien entendu, que de l'abcès fermé.

Cette complication peut exister avec ou sans attitude vicieuse. Je n'ai pas cru nécessaire de décrire séparément ces deux groupes de coxalgies. L'indication la plus pressante ici, c'est de tarir l'abcès signalé.

Le traitement de l'attitude vicieuse doit rester pour le moment au second plan. La plupart des chirurgiens conseillent de faire dès la première heure le redressement forcé.

Voici la pratique que nous avons adoptée : nous faisons le redressement immédiat dans

tous les cas où il est facile, c'est-à-dire dans tous les cas où il ne nécessite pas des manœuvres violentes pouvant exercer une influence fâcheuse sur l'évolution de l'abcès. La contention du membre redressé est faite comme d'habitude à l'aide de l'appareil plâtré. On divise ensuite celui-ci en deux grandes valves, pour le rendre amovo-inamovible ou bien encore on y pratique une fenêtre par le procédé décrit, et nous pouvons ainsi concilier à la fois l'intérêt orthopédique du coxalgique et les obligations que nous crée le traitement de l'abcès.

Mais s'il s'agit d'une déviation ancienne nécessitant des manœuvres et des tractions très violentes, on devra craindre que le traumatisme n'amène la rupture de la barrière de l'abcès et la diffusion de son contenu dans tous les tissus de la région. Dans ce cas, nous ne touchons pas à la déviation, nous bornant à immobiliser le membre aussi bien que possible dans sa position actuelle et nous nous occupons sans retard du traitement de l'abcès.

Et c'est seulement lorsque l'abcès sera bien guéri, quatre à six mois après sa guérison, que nous rechercherons la correction de cette attitude vicieuse, par le procédé du redressement forcé que nous appliquons, non pas seulement aux déviations récentes, mais encore aux vieilles déviations consécutives à la coxalgie. Cette ma-

nière de procéder nous paraît la plus sage et aussi la plus avantageuse, au point de vue de l'évolution de l'abcès et même au point de vue orthopédique. Car nous pourrons, plus tard, prolonger, sans crainte, les tractions et les manœuvres, et arriver ainsi à une correction beaucoup plus parfaite de l'attitude vicieuse et du raccourcissement; et on n'aura à peu près rien perdu pour avoir retardé cette intervention de quelques mois.... Nous reviendrons plus tard sur le traitement de ces déviations. L'indication la plus pressante qui s'impose ici, c'est de faire le traitement de l'abcès.

C'est, d'ordinaire, parce que l'enfant a été peu ou mal soigné que l'abcès s'est produit, et la poche purulente existe déjà le plus souvent lorsque l'enfant est soumis à l'examen du chirurgien.

Ou bien le médecin constate dès sa première visite un gros empâtement fongueux, l'abcès est déjà menaçant, existe déjà en puissance, pourrions-nous dire, et le traitement institué tardivement ne pourra pas le faire avorter.

Il faut bien convenir aussi qu'on rencontrera de loin en loin tel enfant dont la coxalgie à forme maligne, soumise dès la première heure au traitement local le plus sévère, et placée dans les meilleures conditions hygiéniques, passera, malgré tout, à la période de sup-

puration. Mais il s'agit là de très rares exceptions. Sur quatre-vingt-dix-sept coxalgiques soignés par nous depuis près de deux ans, avant l'existence appréciable d'un abcès, nous n'avons vu cet abcès apparaître que quatre fois. Dans trois de ces cas existait déjà au moment de l'arrivée de l'enfant un empâtement fongueux très accentué; dans deux de ces cas, en outre, la coxalgie était extrêmement douloureuse; et nous ne serions pas éloignés d'admettre que chez ces deux enfants ces douleurs atroces étaient en relation avec la formation d'un abcès intra-osseux, qui était déjà en préparation lorsque nous les avons vus, et qui a simplement franchi un peu plus tard les barrières du tissu osseux pour devenir appréciable à l'extérieur.

Par contre, on trouvera dans notre statistique sept exemples de résorption spontanée d'abcès plus ou moins volumineux : « résorption spontanée » n'est pas exact; car nous attribuons la plus heureuse influence, pour amener cette résorption, à l'immobilisation et à la compression si bien assurées par l'appareil plâtré et à la bonne hygiène de nos coxalgiques de Berck, car la résorption spontanée ne s'observe certainement nulle part ailleurs avec une pareille fréquence. Dans le seul hôpital Cazin-Perrochaud nous comptons actuellement quatre enfants où cette heureuse terminaison a été

constatée, et chez l'un d'eux (Robert L. de Ham) cet abcès avait le volume d'une grosse orange. Quatre mois d'immobilisation et de compression bien faite ont suffi pour amener la résorption spontanée de cette volumineuse collection.

Cette heureuse issue de l'abcès, exceptionnelle autrefois, n'est donc plus très rare à Berck.

Si la collection purulente distend déjà la peau amincie et menace de s'ouvrir à l'extérieur, il serait mauvais de rechercher la résorption spontanée. Mais dans les conditions inverses, lorsque l'abcès est peu volumineux, profondément situé, nous faisons, en même temps, que la contention absolue de la hanche, une compression méthodique au niveau de l'abcès, ce qui est facile avec le grand bandage plâtré; avant d'appliquer celui-ci, nous faisons une toilette très antiseptique de la peau que nous recouvrons ensuite de quelques carrés de gaze stérilisée pour le cas où, par extraordinaire, l'abcès viendrait à s'ouvrir brusquement.

Hâtons-nous de dire, pour légitimer notre manière de faire, que cet accident ne nous est jamais arrivé. Grâce au procédé du volet nous pouvons surveiller l'évolution de l'abcès. Si son volume diminue tandis que sa consistance augmente, nous insistons en faisant une nouvelle et sérieuse compression. Sept fois, avons-

nous dit, le succès a couronné nos efforts.

Mais si l'abcès reste indéfiniment stationnaire, à plus forte raison s'il augmente de volume, s'il soulève fortement la peau, nous intervenons sans retard par un traitement beaucoup plus actif et beaucoup plus efficace.

Nous disons *sans retard* parce qu'il faut éviter par-dessus tout l'ouverture spontanée de l'abcès à l'extérieur, le pronostic des abcès fermés étant incomparablement plus favorable que celui des abcès déjà ouverts.

Nous pouvons presque toujours avoir raison des premiers, soit par la ponction suivie d'injections modificatrices, soit par l'ablation complète.

Les deux méthodes ont leurs partisans, mais elles ne doivent pas s'exclure. Pour moi, je les utilise toutes les deux; c'est à la méthode de l'extirpation complète immédiate que s'est ralliée la très grande majorité des chirurgiens au premier Congrès français de chirurgie en 1885.

La plupart ont soutenu que tout abcès froid devait être enlevé sans tarder. Lannelongue écrivait encore très récemment : « Si le tuberculome est facilement accessible dans toute son étendue, il convient mieux de l'extirper comme une véritable tumeur[1] ».

1. Tuberculose chirurgicale.

Pour nous, plus notre expérience s'étend, plus nous sommes sobre de grandes interventions chirurgicales dans la coxalgie, parce que nous sommes de plus en plus convaincu qu'on peut arriver à la guérison par d'autres moyens.

Les petits moyens ne causant ni mutilations, ni dommages d'aucune espèce aux malades, c'est à eux que nous nous adresserons autant que possible.

Nous étions autrefois très grand partisan de l'extirpation radicale de l'abcès froid dans la coxalgie, nous arrivions ainsi d'un coup et presque sûrement à la guérison. Mais il faut, de toute nécessité, pour assurer la guérison immédiate, tailler largement au delà des tissus malades et l'on est amené forcément à commettre quelques petits dégâts, à enlever, par exemple, quelques fibres musculaires qu'on aurait réussi à conserver par la méthode des ponctions et des injections modificatrices.

Et nous recourons chaque jour davantage à cette dernière méthode.

Elle demande un peu plus de temps pour amener la guérison, mais l'amène presque sûrement et sans aucun dommage, si l'on prend quelques précautions.

On néglige trop souvent les précautions les

plus élémentaires lorsqu'on fait une simple ponction. L'antisepsie du chirurgien, de la peau, des instruments et des objets de pansement, devrait être absolue. On l'oublie trop fréquemment sous prétexte qu'on se trouve en présence d'une collection déjà purulente. C'est par l'oubli de quelques précautions antiseptiques que peut se produire la pénétration de germes

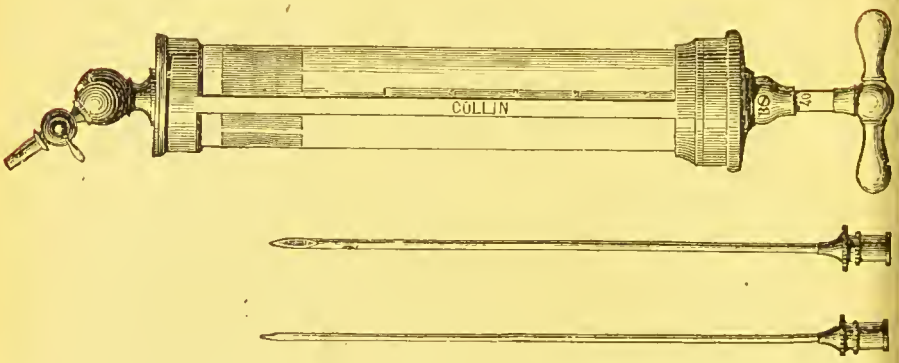


Fig. 16.

autres que le bacille tuberculeux; et la présence des staphylocoques ou des streptocoques vient changer complètement le pronostic de ces abcès. Ils s'enflamment, s'ouvrent au dehors et laissent des fistules infectées très difficiles à guérir. Je ne crains pas de dire qu'on doit faire ici une antisepsie aussi rigoureuse que s'il s'agissait d'une laparotomie.

La figure 16 représente le petit appareil Dieulafoy que nous avons fait construire par Collin

pour ces ponctions qu'on fait journellement à l'hôpital.

La seringue a une capacité de 10 centimètres cubes. Nous avons trois modèles d'aiguilles, la plus large a un diamètre de 4 millimètres; elle n'est à peu près jamais obturée par les grumeaux caséeux qui se trouvent dans le pus de ces abcès.

L'aspiration faite par le petit appareil nous permet de vider complètement le contenu, même dans les cas où la pointe de l'aiguille se trouve placée plus bas que son autre extrémité. Dès que le contenu de l'abcès est évacué, nous enlevons la seringue, laissant l'aiguille en place. S'il vient un peu de sang, nous faisons pendant quelques minutes une compression légère de la poche purulente autour de l'aiguille. Pendant cette courte pause, on charge avec le liquide de l'injection une autre seringue de même calibre, de même tubulure s'adaptant par conséquent de même à l'aiguille laissée dans la cavité; et sans lavage de la poche, le liquide modificateur est poussé dans la cavité en une ou plusieurs fois, suivant sa quantité.

On détruit le parallélisme de la peau et des tissus sous-jacents au niveau de l'orifice, on le recouvre avec du collodion iodoformé ou de la gaze stérilisée, et l'on refait sur la région un pansement compressif.

La petite opération est terminée.

Nous faisons remarquer que nous avons deux seringues : l'une servant toujours pour l'évacuation du pus; l'autre réservée exclusivement pour l'injection qui suit. Celle-ci n'est donc jamais souillée et reste sûrement aseptique; et la première ne servant que pour recevoir le pus, ne peut pas contaminer les parois de l'abcès froid.

Ainsi se trouve supprimé tout danger d'inoculation et nous pouvons garder ce petit appareil qui se recommande par la sûreté et la solidité de son fonctionnement : avantages précieux pour qui doit comme nous s'en servir tous les jours.

Les injections sont faites avec divers liquides modificateurs qui tous peuvent revendiquer de nombreux succès; actuellement on n'emploie guère plus que l'iodoforme (dans la glycérine ou l'éther), ou le naphtol camphré. A l'encontre de Kirmisson qui préconise le premier de ces agents, nous préférons le deuxième dont M. Périer a vulgarisé l'usage.

Le naphtol camphré nous a donné des résultats manifestement supérieurs à ceux de la glycérine iodoformée; cependant, nous conservons celle-ci pour certains enfants qui tolèrent mal le naphtol camphré.

Car il faut savoir que certains organismes ne

s'accommodent pas de ce liquide. Nous avons eu plusieurs accidents d'intoxication à la suite des injections de naphtol camphré; ces accidents n'ont pas eu, fort heureusement, de conséquence grave, parce que nous avons pu, par une intervention immédiate, consistant dans l'ouverture large de la poche de l'abcès et dans le lavage de la paroi fait pour enlever les traces du liquide, conjurer des accidents plus sérieux.

Mais un cas de mort, survenu à la suite d'une injection de naphtol, entre les mains d'un autre chirurgien, montre combien il est nécessaire d'explorer la tolérance de l'enfant vis-à-vis du naphtol camphré, avant de lui injecter des doses considérables de ce liquide.

Je poserai comme règle générale qu'il est permis d'injecter autant de grammes de naphtol camphré que le sujet compte d'années, et cela jusqu'à vingt ans. Mais il sera plus sage de commencer par injecter de ce liquide une dose moitié moindre et de n'arriver que progressivement à la dose que nous venons d'indiquer.

Je sais bien que certains chirurgiens[1] déclarent qu'ils ont pu injecter, sans accident, jusqu'à 40, 50, 60, 100 grammes de naphtol camphré à des adultes, mais leur conduite est imprudente et j'aimerais mieux, en tout cas,

1. Reboul. Thèse de doctorat, 1890.

injecter cette quantité de liquide en plusieurs fois à trois ou quatre jours d'intervalle.

A ces exemples de tolérance de quantités énormes de naphtol camphré, j'opposerai le cas d'un jeune homme de vingt-quatre ans chez qui, à la suite d'une injection de 6 grammes seulement de naphtol camphré faite dans un petit abcès qui n'en pouvait renfermer davantage, j'ai vu éclater des phénomènes d'intoxication grave : une agitation extrême, des crises épileptiformes subintrantes, avec sueurs profuses et pouls filiforme. Les accidents se sont heureusement produits sous mes yeux, quinze minutes après l'injection. J'ai pu, en ouvrant largement l'abcès, enlever la quantité restante du naphtol (à peu près le quart) et faire cesser tous les accidents.

L'enseignement qui se dégage de ces faits, c'est qu'il faudra n'injecter au début que des doses infimes de naphtol camphré, et surveiller les enfants pendant les instants qui suivent l'injection. Mais, moyennant ces précautions, on peut conserver le naphtol camphré; on le doit, parce qu'il guérit merveilleusement les abcès froids.

Au fur et à mesure que le nombre des injections augmente, le pus se reproduit moins rapidement et moins abondamment; il change de caractère, revient brunâtre, épais, filant, et fina-

lement il ne se reproduit plus. L'accolement des parois de l'abcès s'est fait et l'on peut sentir à sa place un plastron de consistance fibreuse.

Le résultat a demandé un, deux, trois mois pour être obtenu et un nombre variable d'injections, quelquefois dix, quinze, vingt. On gagne du temps en répétant les ponctions tous les trois ou quatre jours; cela ne peut avoir aucun inconvénient pour l'enfant, à raison de la quantité modérée de liquide que nous injectons chaque fois et de l'indolence à peu près complète de la piqûre de l'aiguille.

Cependant, pour les enfants trop pusillanimes, on peut administrer quelques gouttes de chloroforme lorsqu'on est très familier avec son usage.

Il est des enfants que nous avons anesthésiés ainsi deux fois par semaine pendant deux à trois mois; l'anesthésie est obtenue complètement en moins d'une minute; la ponction et l'injection demandant deux minutes, la durée totale de la petite opération ne dépasse jamais trois minutes.

Pour nous, à l'heure actuelle, nous faisons ces ponctions avec ou sans anesthésie suivant le choix des parents.

Il serait difficile d'établir scientifiquement de quelle manière exacte agit le naphtol camphré sur l'évolution de ces abcès. Mais le fait est là,

et c'est à ces injections qu'on s'adressera dès la première heure.

Si le naphtol est mal supporté, on fera des injections de glycérine iodoformée à 6 pour 100, aux mêmes doses que celles indiquées plus haut pour le naphtol, c'est également un bon agent modificateur et curateur de ces abcès.

Nous le répétons, nous faisons de plus en plus large la part de ce traitement dans les abcès de la coxalgie. Est-ce à dire que l'extirpation de l'abcès, préférée par Lannelongue et par bien d'autres chirurgiens, encore à l'heure actuelle, soit à rejeter? Non, certes.

Mais il ne faut pas y recourir d'emblée, non pas parce que l'extirpation, faite par une technique que nous indiquerons plus loin, ne puisse pas conduire aussi sûrement à la guérison que les injections, mais parce qu'elle est parfois assez chèrement achetée.

Il faut donc s'adresser d'abord aux injections modificatrices, et les répéter. Je ne suis pas de l'avis d'A. Broca qui dit qu'il ne faut pas s'obstiner dans cette thérapeutique.

Au contraire, obstinez-vous, répétez les ponctions tous les trois ou quatre jours; et vous arriverez presque toujours à la guérison.

Mais il est des cas où l'on n'y arrive pas, et il en est d'autres où l'abcès menace de s'ouvrir spontanément au dehors.

1° Le plus fréquemment, c'est parce que nous ne voyons l'abcès que lorsqu'il a soulevé et aminci les téguments et que la peau est déjà sur le point d'éclater.

On peut arriver parfois à éviter cet éclatement de la peau et l'ouverture spontanée en faisant une ponction en un autre point de l'abcès et en évacuant par là son contenu; on fait une nouvelle ponction évacuatrice le lendemain et les jours suivants.

Le segment cutané aminci et déjà violacé qui menaçait de se perforer n'étant plus tendu, va reprendre une consistance et une vitalité nouvelles, le péril est conjuré; nous aurons désormais affaire à une collection que nous pourrons traiter par les injections et guérir presque toujours.

L'ouverture spontanée, au contraire, c'était la fistule avec ses ennuis sans nombre et sa signification vingt fois plus sérieuse que celle de l'abcès fermé. Mais quelquefois on arrive trop tard, l'ouverture spontanée ne peut pas être évitée. Avant qu'elle ne se produise, il faut faire l'ablation radicale de l'abcès tuberculeux.

2° Ou bien l'abcès, malgré les ponctions faites, s'enflamme, donne de la fièvre et va s'ouvrir ou doit être ouvert — au lieu de dire malgré les ponctions, je devrais dire à cause des ponctions; une faute d'antisepsie ayant

été commise a déterminé l'infection de l'abcès.

Et pour éteindre cette infection, les injections ne suffiront plus ; la large ouverture devenant nécessaire, le chirurgien, au lieu de faire une simple incision, extirpera complètement la poche tuberculeuse.

3° Il est des cas où les injections ne peuvent empêcher la reproduction abondante du pus et la progression de l'abcès; cet abcès volumineux s'étend vers les parties voisines, et devient une cause d'altération grave de l'état général du coxalgique. Lorsque l'impuissance des injections est démontrée, l'on doit recourir à une intervention plus radicale.

J'ai communiqué à la Société de chirurgie l'observation d'un coxalgique de vingt-quatre ans, porteur d'un abcès volumineux que nous traitions inutilement depuis plus d'un an, mon maître M. Nélaton et moi, par des injections de naphtol camphré et de glycérine iodoformée. L'abcès s'était étendu et mesurait finalement 42 centimètres sur son plus grand diamètre, s'étendant de la crête iliaque au genou; et il avait une contenance de plus de 3 litres.

L'extirpation radicale décidée comme dernière ressource l'a guéri en dix jours. La figure 17 qui représente ce malade permet de suivre le tracé de notre incision.

4° Il est des personnes qui aiment mieux la

guérison immédiate à ce prix que la guérison éloignée par la méthode des ponctions successives. Dans ce cas, s'il ne s'agit pas d'un abcès en contact avec les vaisseaux fémoraux, nous accédons à ce désir et notre intervention guérit ces malades neuf fois sur dix.

Fig. 17.

On trouvera de nombreuses observations de guérisons obtenues par ce moyen, dans la thèse de notre ancienne élève, Mlle Kohan. Nous en avons recueilli un bon nombre depuis. Il en est même plusieurs où la guérison a été acquise et s'est maintenue malgré l'existence d'un diverticule de l'abcès allant jusque dans la jointure. Mais nous attribuons à notre technique un peu spéciale la très grande proportion de ces guérisons.

Voici ce que nous disions à la tribune du Congrès de chirurgie il y a deux ans[1] :

1. Comptes rendus du Congrès de chirurgie, 1893.

« La cure radicale des abcès froids les plus anciens et les plus volumineux — pourvu qu'ils soient accessibles — peut être obtenue en huit jours, à l'aide d'une intervention sanglante qui, après avoir supprimé la totalité des tissus malades, recherchera la réunion immédiate.

« Ne pas la rechercher, c'est courir au-devant d'une récidive presque certaine ou d'une fistule interminable.

« La réunion immédiate ne s'obtiendra qu'aux trois conditions suivantes :

« La première, c'est que les tissus affrontés aient une vitalité suffisante. Il ne suffit donc pas dans tous les cas d'enlever la paroi de l'abcès froid ; il sera parfois nécessaire d'aller plus profondément, de tailler jusque dans les chairs, afin d'obtenir sur tous les points une surface saignante et bien avivée.

« La deuxième condition du succès, c'est de supprimer tout drainage. Le drain rend presque fatale la réinoculation des tissus ; il laisse même lorsqu'il est aseptique, des fistules qui durent indéfiniment.

« Enfin la troisième condition à remplir, c'est d'assurer bien exactement l'affrontement des tissus par des sutures superficielles qui ne laissent pas entre les parois accolées la plus petite lacune, et par une compression énergique et méthodique.

« L'ancienneté et l'étendue de la collection sont plutôt des indications de cette méthode de traitement. Nous avons guéri ainsi en huit jours des abcès froids d'une contenance de 1 à 3 litres que nous traitions inutilement depuis de longs mois par tous les autres moyens.

« Ce traitement ne s'adresse pas seulement aux abcès froids idiopathiques. Un très grand nombre d'abcès par congestion, sinon le plus grand nombre, sont justiciables de cette thérapeutique. »

L'extirpation radicale ainsi faite réussira dans tous les cas où l'abcès n'était pas infecté par d'autres micro-organismes que le bacille tuberculeux, même lorsqu'il existe un petit diverticule faisant communiquer l'abcès avec la jointure. La réunion immédiate de la peau est obtenue, et l'abcès peut ne pas se reproduire même dans ce dernier cas, nous en avons plusieurs exemples; et s'il se reproduit, ce qui arrive après deux, trois mois, on se trouvera en présence d'un abcès fermé.

Mais après infection de l'abcès, on n'arrivera à un résultat complet que s'il n'existe pas de diverticule allant jusqu'à l'articulation. La raison de l'insuccès par la seule ablation de l'abcès se devine, puisque dans ce cas on ne peut plus atteindre la totalité des tissus infectés; et cette infection restante fera échouer la suture, ce qui

n'arrive pas dans le cas supposé plus haut d'abcès non infecté communiquant avec la jointure.

Mais hâtons-nous de dire que, dans les deux tiers des observations peut-être, l'abcès est indépendant de la jointure. On voit, par conséquent, combien grandes seront les chances de succès de l'intervention chirurgicale.

Nous étions obligés d'entrer dans ces détails un peu longs pour montrer tout ce que peut un chirurgien attentif qui suit de très près son malade, pour empêcher la formation d'une fistule même dans les cas où elle semblait *a priori* ne pas pouvoir être évitée.

Nous nous résumons en disant : Il faut traiter les abcès fermés par les ponctions répétées tous les quatre ou cinq jours, suivies d'injections de glycérine iodoformée et mieux de naphtol camphré.

Ne recourir à l'extirpation radicale de l'abcès que lorsque la méthode précédente a échoué, ou lorsqu'il est trop tard pour l'employer. On évitera ainsi presque toujours la formation des fistules.

Mais le traitement de l'abcès ne doit pas nous faire négliger les indications thérapeutiques fournies par la présence des lésions profondes (osseuses ou articulaires) dont l'abcès dérive plus ou moins directement.

On connaît déjà le traitement qu'elles nous

imposent : l'immobilisation absolue qu'il faut concilier avec le traitement des abcès, ce qui est possible grâce au volet pratiqué, comme nous l'avons dit, dans le bandage plâtré.

Cependant, dans des cas où l'abcès était très volumineux, nous nous sommes servi plus avantageusement de cet appareil à deux valves antérieure et postérieure, que nous avons imaginé et que nous faisons construire soit en plâtre, soit en silicate. C'est l'appareil qui est représenté dans les figures 11 et 12.

On enlève à volonté l'une des valves ou l'appareil entier pendant la ponction et on le réapplique immédiatement après.

Nous nous servons, du reste, de ces mêmes bandages construits en plâtre ou en silicate dans toutes les interventions faites au cours de la coxalgie, même après la résection de la hanche.

Il nous permet de faire une contention parfaite du membre inférieur, ce qu'on ne peut pas demander aux appareils qui n'embrassent pas la totalité de la circonférence du tronc et du membre inférieur.

CHAPITRE X

QUATRIÈME CAS

TRAITEMENT DE LA COXALGIE A LA PÉRIODE DES FISTULES, AVEC OU SANS ATTITUDES VICIEUSES

S'occuper d'abord de la fistule. On corrigera plus tard l'attitude vicieuse du membre. En attendant faire une contention aussi exacte que possible. L'existence d'une ou de plusieurs fistules est pour beaucoup de chirurgiens une indication pressante de faire la résection de la hanche.

C'est une opinion funeste, à combattre.

On peut guérir presque toutes, sinon toutes les fistules.

Pour y arriver il faut faire l'antisepsie la plus rigoureuse. La raison de la gravité des fistules se trouve, en effet, dans les infections surajoutées (à staphylocoques et à streptocoques) qu'on aurait pu éviter par une bonne antisepsie.

Lorsque la fistule tarde à se fermer, le chirurgien fera des injections modificatrices, des curettages du trajet, l'extirpation complète de la paroi de la cavité fistuleuse.

La guérison sera obtenue par ce dernier moyen après une ou plusieurs interventions, mais, dans tous les cas, s'il s'agit d'une fistule indépendante de la jointure.

Les fistules communiquant avec la jointure ont un pronostic plus sérieux. Souvent la contention bien faite transforme une fistule dépendante de l'articulation en une fistule indé-

pendante par la formation de processus adhésifs dans la profondeur, et alors le traitement précédent suffit. Dans le cas contraire, faire des curettages, de petits grattages et une bonne antisepsie — et s'armer de patience. — On arrivera tôt ou tard à la guérison par ces petits moyens.

La durée de la suppuration n'est pas une raison suffisante de faire la résection.

L'abondance de la suppuration pas davantage; si l'on a soin de bien drainer la hanche, cette abondance n'est jamais un danger.

La durée et l'abondance de la suppuration des fistules n'amènent peut-être jamais la dégénérescence viscérale lorsqu'elles ne se compliquent pas de fièvre.

La fièvre traduit la résorption septique. C'est le grand danger... ; ne pas avoir de trêve avant qu'elle ne soit tombée. Pour cela, faire de l'antisepsie, des drainages multiples et, si l'on ne peut pas arriver ainsi à la supprimer, en venir à la résection de la hanche.

La persistance de la fièvre est la seule indication absolue de la résection.

Il existe une ou plusieurs fistules.

La préoccupation du chirurgien doit être : 1° de tarir la fistule; 2° par une immobilisation aussi bien faite que possible, de provoquer la formation d'adhérences entre les deux extrémités osseuses et de limiter ainsi les désordres articulaires.

La première indication — indication capitale — c'est de fermer cette porte ouverte à toutes les infections venues du dehors. Le membre est droit ou dévié, peu importe pour l'instant, toute manœuvre quelque peu pénible de redressement serait à ce moment fâcheuse et doit être

interdite pour les raisons déjà données dans le chapitre précédent. Dès que la suppuration sera tarie, nous ferons la correction de l'attitude vicieuse. En suivant cette conduite, nous ne retarderons pas la cicatrisation de la fistule et nous pourrons plus tard travailler, sans danger, à l'aide des tractions les plus vigoureuses à corriger la déviation.

Notre objectif actuel doit être la suppression de la fistule. Cet objectif, on peut l'atteindre dans un très grand nombre de cas par les petits moyens; et nous ne saurions nous élever trop énergiquement contre l'opinion, acceptée par bon nombre de chirurgiens, que l'existence d'une fistule équivaut à une indication pressante de faire la résection de la hanche.

On verra combien nombreux sont dans notre statistique les cas de guérison de la coxalgie fistuleuse.

Je veux bien reconnaître que les enfants se trouvent à Berck dans un milieu particulièrement favorable. J'ai actuellement à l'hôpital Cazin-Perrochaud, deux coxalgiques qui nous sont venus il y a quelques mois avec des hanches criblées de fistules. Actuellement la cicatrisation de ces fistules, vieilles de plusieurs années, est complète, sans que nous ayons été obligés de recourir à la plus petite intervention.

Voici (fig. 18 et 19) les photographies de ces enfants :

Mais ce n'est pas à la seule influence du séjour

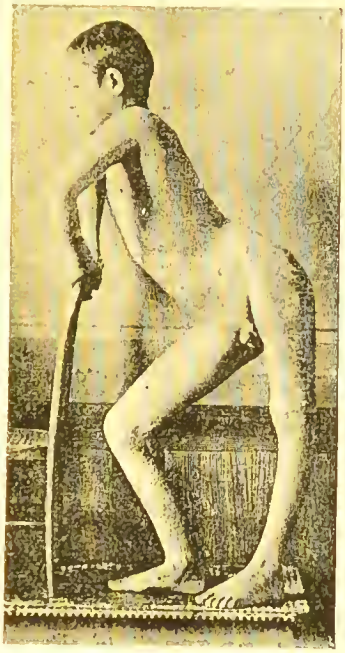


Fig. 18. — Enfant arrivé à Berck avec cette horrible difformité, la hanche criblée de fistules : ces fistules sont actuellement taries; et nous nous proposons de faire le redressement par le procédé longuement exposé au chapitre XIV, et qui nous a donné de si beaux résultats dans des cas semblables.

de Berck que j'attribue ces guérisons très nombreuses. J'attache une grande importance à l'immobilisation de la hanche malade et une importance peut-être encore plus grande à l'emploi exclusif de pansements rigoureusement

antiseptiques. La nécessité d'une antisepsie

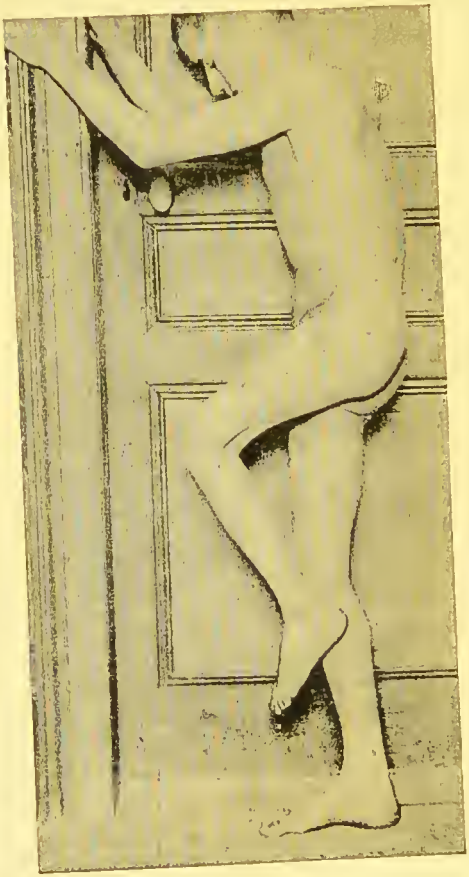


Fig. 19. — Enfant arrivé à Berck avec un raccourcissement de 22 centimètres et des fistules multiples datant de six ans. La cicatrisation est complète. L'enfant va être redressé prochainement.

absolue s'impose pour qui sait la facilité avec laquelle des infections septiques peuvent venir

s'ajouter à l'infection tuberculeuse, par cette porte ouverte.

Ces infections secondaires, d'une réelle gravité lorsqu'elles sont engendrées, comme c'est le cas ordinaire, par des staphylocoques ou des streptocoques, vont pénétrer dans tous les replis du trajet de la fistule. Si celle-ci aboutit à l'articulation et à l'os, cette infection gagnera les parties constitutives de la jointure, dont il sera toujours très difficile et parfois même impossible de la chasser.

C'est cette infection secondaire qui mal ou insuffisamment combattue par les petits moyens provoquera de la fièvre et des accidents d'intoxication septique générale qui pourront forcer la main au chirurgien le moins interventionniste, et le pousser à la seule ressource qui reste dans ces cas désespérés : la résection.

Je ne crains pas d'affirmer que si les coxalgies fistuleuses étaient plus attentivement surveillées et plus antiseptiquement pansées, la résection de la hanche ne serait, à peu près jamais, véritablement nécessaire. Et si tel chirurgien s'est trouvé si souvent devant des indications absolument pressantes de réséquer, c'est qu'il les a fait naître... presque toujours.

Malheureusement nous ne voyons, en général, ces enfants que lorsque la fistule est déjà inoculée par ces infections secondaires. Mais

lorsque la fistule se produit sous les yeux du chirurgien, celui-ci peut très souvent la mettre à l'abri de ces inoculations. Cela n'est pas toujours possible, même dans ce cas; il est parfois trop tard, la fistule ne se produisant, qu'elle succède à l'ouverture d'un abcès traité par les injections ou qu'elle vienne après une intervention plus radicale, que parce qu'une faute d'antisepsie avait été commise. Dans ce cas, la fistule est infectée d'emblée et, si je puis ainsi dire, avant d'exister....

Si rien n'est difficile comme de chasser ces infections secondaires lorsqu'elles ont envahi les tissus de la hanche, il faut avouer que rien n'est lamentable comme l'incurie, l'oubli des précautions antiseptiques les plus élémentaires qu'on peut relever chez ceux qui ont la charge de soigner ces coxalgies fistuleuses.

Dans les hôpitaux d'enfants, le soin des pansements de ces longues et vieilles fistules est abandonné trop souvent à une infirmière; et dans les familles à une personne encore plus ignorante. Et lorsque le médecin se réserve ce soin, c'est lui qui apporte trop souvent les germes-contages, se croyant dispensé de faire à chaque pansement l'antisepsie la plus stricte pour des fistules à évolution si torpide, et désespérantes par leur longue durée.

Il est donc nécessaire de dire bien haut que,

par une antisepsie rigoureuse, on peut prévenir bien des résections. Le prix vaut, ce me semble, qu'on ne néglige rien pour l'obtenir.

Dans mes hôpitaux de Berck, si la proportion des coxalgies fistuleuses guéries est si considérable, c'est parce que les pansements des fistules, même les plus minimes et les plus insignifiantes, en apparence, des coxalgiques, sont faits par moi ou les internes et ne sont jamais laissés aux soins des infirmières. En second lieu parce que toutes les pièces de pansement, même lorsqu'il s'agit de ces fistules torpides, datant de plusieurs mois ou de plusieurs années, sont stérilisées à l'étuve. Grâce à ces soins incessants on préviendra les infections secondaires lorsqu'elles n'existent pas encore, et l'on arrivera souvent à les chasser lorsqu'on aura trouvé la fistule déjà infectée. Le secours que procurent une bonne hygiène, un bon climat, une bonne alimentation n'a pas besoin d'être démontré.

Aussi voit-on souvent la fistule se fermer dans ces conditions après un séjour de quelques mois à Berck.

Mais lorsque, malgré cette antisepsie rigoureuse et cette bonne hygiène, elle ne se ferme pas, qu'allons-nous faire?

Nous distinguerons le cas où la fistule est en communication avec la jointure et celui où elle est indépendante.

Il est souvent bien difficile d'établir sûrement, dans le cas où l'on n'a pas suivi le malade dès le début, à laquelle des deux variétés sa fistule appartient. Les explorations au stylet ne permettent pas toujours de résoudre la question, à cause des irrégularités du trajet; il faut, au surplus, être sobre de ces explorations : le stylet le plus propre pouvant transporter dans les parties profondes une infection qui était encore dans les parties superficielles (en s'inoculant au passage), dans les cas fréquents où il arrive par effraction d'adhérences, plus ou moins fragiles sur les os et dans la cavité articulaire.

Il faut donc se garder, autant que possible, de ces explorations, et ne les faire qu'avec la plus grande douceur. Le diagnostic pourra être fait généralement sans le secours du stylet à l'aide des renseignements donnés par le chirurgien qui a vu le coxalgique au moment de la formation de la fistule.

A. — *Lorsque la fistule est indépendante* et ne se ferme pas, c'est pour l'une des trois raisons suivantes : le *trajet est fongueux*; ou il *est infecté*; ou il *est fibreux*, c'est-à-dire constitué par des tissus sclérosés qui n'ont aucune tendance à l'accolement.

Lorsque le trajet est simplement fongueux, nous essayons les injections qui ont une efficacité reconnue contre les fongosités : nous avons

pu arriver trois fois à la guérison par ce moyen dans des cas de fistules multiples conduisant à des clapiers en communication les uns avec les autres. Voici par quel procédé : toutes les fistules, sauf une, sont obturées avec de petits tamponnets d'ouate, enfoncés à une profondeur de 2 à 3 centimètres dans le trajet correspondant, et recouverts et maintenus par une couche de collodion. Puis, par la seule fistule laissée béante, on injecte du naphtol camphré de manière à remplir tous les clapiers; on retire rapidement la seringue, et immédiatement, avant que le naphtol injecté ait pu s'écouler au dehors, on oblitère cette fistule elle-même avec un petit tamponnet, préparé d'avance et enfoncé également à 2 ou 3 centimètres de profondeur dans ce dernier trajet.

Les figures 20 et 21 représentent un grand coxalgique de vingt ans, porteur de quatre fistules, que nous avons guéri de cette façon; il nous avait été envoyé de Mulhouse pour subir immédiatement la résection de la hanche. Ces injections de naphtol camphré l'ont guéri en deux mois et demi en lui laissant une bonne jambe, comme on peut le voir par les figures ci-dessous.

Lorsque ce procédé n'est pas applicable, nous cherchons tous les moyens de modifier la vitalité de la paroi, en supprimant l'infection tuber-

culeuse. Au lieu de plonger aveuglément dans

Fig. 20.

Fig. 21.

Ces figures ne montrent pas très nettement la trace des fistules anciennes; avec quelque attention on arrive cependant à apercevoir deux profondes dépressions, l'une en dehors, l'autre sur la région antéro-externe.

le trajet un crayon de nitrate d'argent, à

l'exemple de certains chirurgiens, nous faisons, après l'anesthésie à la cocaïne, le grattage de tous les points du trajet et de ses dépendances avec une très fine curette construite à cet usage, et dont la tige est légèrement flexible; puis un stylet, entouré d'une mince couche d'ouate imprégnée d'une solution de chlorure de zinc au douzième, est plongé dans le trajet ainsi avivé et maintenu en place pendant douze à quinze minutes.

On répète cette minime opération tous les huit jours pendant un mois. Nous avons obtenu ainsi la guérison de plusieurs fistules; et, de son côté, notre ami et médecin adjoint le Dr Baillet a obtenu un certain nombre de guérisons à l'aide de ce même procédé.

Dans le cas où le trajet est infecté par d'autres agents que le bacille tuberculeux, nous recourons au même traitement; mais, à la suite du curettage, nous faisons de préférence ici des attouchements au sublimé au centième ou à l'acide phénique au quart. Et nous répétons ces cautérisations, en les combinant avec un drainage très complet, jusqu'à ce que la fièvre soit tombée.

En troisième lieu, la fistule ne se ferme pas parce que le trajet est formé par des parois fibreuses. Les petits curettages étant reconnus insuffisants pour enlever la totalité des tissus

scléreux, nous faisons l'ablation complète des parois du trajet comme s'il s'agissait d'un tuberculome. Les succès sont constants si l'opération est complète.

Chez une petite coxalgique de Nancy soignée par le Dr Baillet, nous avons pu guérir ainsi en huit jours une fistule qui durait depuis plus de trois ans. Chez elle, l'épaisseur de la paroi scléreuse atteignait en certains points 1 centimètre et 1/2.

Pour ces fistules indépendantes de l'articulation, on répétera ces petites interventions autant de fois qu'il sera nécessaire pour obtenir la guérison. Mais on n'ira jamais, dans ce cas, réséquer la jointure, puisqu'elle n'est pour rien dans la persistance de la fistule : ce serait absolument irrationnel.

Il semble inutile de le dire ; et cependant cette distinction n'a pas été nettement établie par les auteurs — et je connais plusieurs cas de fistules indépendantes, traitées inconsidérément par la résection de la hanche, lorsque la logique la plus élémentaire commandait d'en poursuivre la guérison par des interventions extra-articulaires.

B. *Cette fistule rebelle communique avec la jointure.* Une immobilisation bien faite et prolongée en provoquant la formation de processus adhésifs entre les extrémités articulaires, trans-

formera souvent, avons-nous dit, ces fistules en fistules indépendantes et alors le traitement précédemment indiqué leur convient.

Pour celles qui restent en communication avec la jointure, il faudra patienter. Une bonne hygiène et une rigoureuse antisepsie locale, aidée de la contention du membre, finiront par en avoir raison presque toujours. Rien ne s'oppose à ce qu'on fasse, comme pour la variété étudiée plus haut, des injections de naphtol camphré remplissant les clapiers existants, ou de petits curettages du trajet, suivis d'attouchements au chlorure de zinc, ou encore, après avoir débridé les parties superficielles du trajet, une intervention à ciel ouvert permettant de gratter tous les points du trajet fistuleux, y compris son extrémité profonde formée par les parties constitutives de la jointure, que le chirurgien raclera et nettoiera de son mieux avec une fine curette s'introduisant partout.

Si une première intervention n'a pas suffi, on en fait une deuxième, une troisième, sans se lasser — et l'on arrivera très fréquemment, après un nombre variable de tentatives opératoires, à la guérison complète. Cela paraîtra moins brillant que d'avoir obtenu la guérison d'un coup par une résection, celle-ci pouvant donner quelquefois une guérison rapide. Mais on aura conservé une bonne jambe au

malade, tandis que la résection aura fait de lui un infirme.

Il faut convenir néanmoins qu'il est des fistules très rebelles qu'on n'arrive pas à guérir malgré l'emploi répété de ces moyens.

Et alors trois éventualités peuvent se présenter :

La fistule est désespérante par sa longue durée ;

La suppuration est abondante ;

Elle s'accompagne de fièvre hectique.

Dans le premier cas, lorsque la suppuration n'est pas abondante, ne s'accompagne ni de fièvre ni d'un retentissement sur l'état général, qu'il s'agit simplement d'une fistulette qui ne se ferme pas, j'estime qu'on n'a pas le droit d'en appeler à une grande intervention chirurgicale. Pansez le malade antiseptiquement tous les huit ou dix jours suivant les besoins, résignez-vous même à le laisser marcher, lorsqu'il compte déjà trois, quatre, cinq années d'immobilisation. Si vous faites de l'antisepsie, vous n'avez pas à craindre d'accidents sérieux. Un beau jour, la fistulette se fermera. L'enfant se trouvera guéri avec une bonne jambe, avec une jambe toujours incomparablement plus utile et plus solide que celle que lui aurait laissée la résection.

Je ne connais pas d'exemple plus probant que celui de ce grand coxalgique de vingt ans,

que voici représenté et qui a conservé trois fistules, dont une périrectale, pendant seize ans

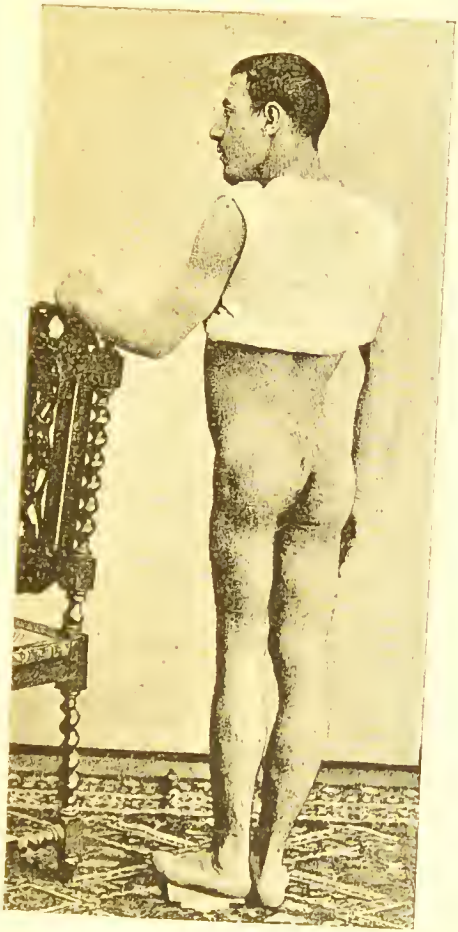


Fig. 22.

Il a subi cinq curettages : deux faits par Cazin, deux par mon maître Peyrot, à Lariboisière, et le cinquième à l'hôpital Rothschild, fait par

moi. Il a guéri enfin dix mois après ce dernier (figures 22 et 23). Il marchait... avec un panse-

Fig. 23.

ment antiseptique. Cazin, Peyrot et moi nous sommes toujours refusés à le réséquer. Qu'est-il arrivé? C'est que ce grand jeune homme est

actuellement capable de faire des marches de 15 et 20 kilomètres sans boiterie. Si on l'avait réséqué, le pourrait-il?

Chaque chirurgien résoudra évidemment la question suivant ses tendances personnelles. Pour moi, après avoir été partisan de la résection de la hanche pour ces fistules de très longue durée, j'y ai renoncé — estimant que je sauvegarde ainsi beaucoup mieux l'avenir fonctionnel du malade. Si le malade réclame énergiquement qu'on use de tous les moyens susceptibles d'amener la guérison de la fistule, on peut faire la résection, après l'avoir averti des risques qu'il court pour l'avenir orthopédique de sa jambe réséquée. Mais un chirurgien sage et expérimenté ne la lui conseillera pas.

Je parle du danger qu'on court en le réséquant d'en faire un infirme; et je ne veux pas parler maintenant des autres mécomptes de la résection. Je pourrais citer tel enfant qui avait une fistulette insignifiante depuis trois ou quatre ans. Plusieurs chirurgiens avaient refusé de le réséquer; un autre chirurgien tombe là inopinément, promet de fermer cette fistule en trois mois.... La résection se fait; trois mois après, la suppuration avait gagné tous les tissus de la région, le malade avait eu des hémorrhagies graves qui ont failli l'emporter; la guérison de ses nouvelles fistules n'est pas près de se faire

et lorsqu'il sera guéri, cet enfant, étant donnée l'étendue de la résection, sera un infirme.

En second lieu, il s'agit d'une fistule donnant issue à une suppuration abondante.

Je crois qu'avec une antisepsie rigoureuse et un drainage bien fait c'est-à-dire des drainages multiples, en avant, en dehors et en dedans de la jointure, suivant la technique recommandée par Ollier, la quantité de la suppuration peut être réduite au point de ne plus constituer un danger.

Mais dira-t-on, ne fût-elle pas très abondante, la suppuration par sa persistance indéfinie deviendra grave, conduisant à la dégénérescence amyloïde de la rate, du foie et des reins.

Elle semble pour tous bien démontrée cette influence d'une suppuration longue et abondante sur la production de la dégénérescence viscérale. En réalité, je ne sais pas de pathogénie plus obscure et de question moins connue au point de vue clinique....

Je viens de citer le fait de ce grand coxalgique qui a suppuré d'une façon continue pendant plus de seize ans et dont les viscères sont cependant demeurés indemnes. Depuis quatre ans, sur plus de mille malades porteurs de suppurations plus ou moins abondantes que j'ai soignés soit dans nos hôpitaux, soit au dehors, je n'ai vu apparaître que deux fois la dégéné-

rescence de la rate, du foie et des reins, appréciables par une augmentation de volume des deux premiers organes et l'apparition de l'albumine dans les urines.

Et tous les chirurgiens peuvent produire ici de nombreux malades, supportant pendant de longues années, des suppurations abondantes sans subir la dégénérescence viscérale.

Par contre, j'ai trouvé autrefois à l'hôpital administratif de Berck, des malades atteints de coxalgies suppurées, qui, avec une petite fistule, étaient arrivés dans un temps relativement court (un à deux ans), à l'altération amyloïde du foie, de la rate et des reins....

Dans l'obligation où je suis de concilier ces deux ordres de faits, voici la seule explication que je puisse donner à l'heure actuelle.

Je crois que cette dégénérescence est produite exclusivement par la résorption septique et que la résorption septique ne se fait, dans le cas de coxalgies suppurées, que lorsque le malade présente une certaine élévation de température. Pour moi, qui dit fièvre dans la coxalgie suppurée dit résorption septique.

Aussi n'ai-je point de trève jusqu'à ce que cette fièvre soit tombée: par le drainage, par une antiseptie rigoureuse, je suis toujours arrivé promptement à amener cette chute de la température — toujours, si ce n'est dans deux

cas et c'est précisément chez ces deux malades où la température, malgré tous mes efforts, est restée à 38 et 38°,5 pendant plus d'un mois qu'est apparue cette dégénérescence viscérale.

En un mot, la suppuration n'entraîne un danger de dégénérescence viscérale que si elle s'accompagne d'une élévation de la température. Si la fièvre est ardente, la résorption septique est intense et tuera à bref délai le malade; mais si la fièvre ne dépasse pas 38 ou 38°,5, la résorption septique est infime et très lente. Elle ne constitue pas un danger immédiat et c'est précisément chez ces coxalgiques porteurs de fistulettes, conservant des températures vespérales de 38 degrés pendant plusieurs mois que surviendront à la longue ces dégénérescences viscérales[1]....

Ce n'est donc pas la durée de la suppuration qu'il faut redouter, mais sa nature.

Dès qu'un de ces coxalgiques a de la fièvre, peu ou beaucoup, pendant plusieurs semaines sans discontinuer, souvenez-vous qu'il court non seulement à la cachexie mais encore à la dégénérescence amyloïde des viscères..., et

1. Des expériences sont actuellement poursuivies par le Dr Baillet, à l'hôpital Rothschild, et le Dr Pierre, au laboratoire de bactéorologie du dispensaire de Berck, pour établir la valeur de cette théorie et rechercher la solution du problème.

aussi, pourrait-on ajouter, aux généralisations tuberculeuses ou septiques, pour des raisons qui sont les mêmes.

Cherchez la cause de cette fièvre, fouillez la région de la hanche en tous sens jusqu'à ce que vous l'ayez trouvée. Au lieu de songer à des complications indépendantes apparues du côté du tube digestif ou des poumons comme on a trop souvent tendance à le faire, sachez que c'est dans l'éclosion d'un foyer nouveau de suppuration près ou loin du trajet fistuleux, dans un drainage insuffisant de celui-ci ou des clapiers auxquels il conduit, que se trouve la raison de cette fièvre : 99 fois sur 100, peut-être.

Je ne sais rien de plus instructif à cet égard que le fait suivant, que j'ai observé l'an dernier, chez un coxalgique soigné par un autre chirurgien, et pour qui j'avais été appelé en consultation.

Cet enfant conservait, à la suite d'une intervention, une fistulette déjà à peu près sèche, à la partie antérieure de la hanche.

Depuis une dizaine de jours (lorsque je l'ai vu), ce petit coxalgique présentait une fièvre vespérale de 38 à 39 degrés, sans raison apparente, sans abcès appréciable, sans douleur en aucun point de la région.... Les poumons étaient indemnes; mais il y avait eu, quelque temps auparavant, un léger nuage d'albumine dans

l'urine de ce petit malade, ce qui devait nous dérouter encore.

Malgré cela, malgré l'absence de toute réaction locale, j'exprimai le sentiment que la cause de la fièvre devait être recherchée dans une petite infection de la jointure et donnai le conseil de faire le lendemain ou le surlendemain, au cas où la fièvre persisterait, une ouverture dans la partie postérieure de la région, au point le plus déclive, et au besoin plusieurs incisions.... Le surlendemain la température était retombée presque à la normale, et l'incision ne fut pas faite. Mais au huitième jour l'enfant accusait une douleur dans le point précis où j'avais conseillé de pratiquer l'incision; et un coup de bistouri donné en ce point ramenait quelques gouttes de pus....

J'ai observé encore récemment, chez un de mes petits coxalgiques de la ville, un fait absolument semblable. On avait cru à une complication éloignée, en raison d'une température vespérale de 39 degrés persistant depuis plusieurs semaines, sans modification apparente de la fistulette qu'il présentait; deux incisions exploratrices, faites par nous après de longues hésitations, ont donné issue à quelques gouttes de pus et témoigné également d'une petite infection indépendante, qui s'était produite autour de l'ancien trajet....

Nous dirons pour conclure :

Presque toutes les coxalgies fistuleuses peuvent guérir par les petits moyens.

Il faut en répéter l'emploi sans se lasser, et le succès viendra à la fin couronner les efforts du chirurgien. La durée et l'abondance (d'ailleurs diminuée par l'antisepsie) de la suppuration ne constituent pas un danger réel.

La fièvre, voilà l'ennemi dans la coxalgie fistuleuse. Elle constitue un péril pressant. Il faut donc la combattre sans retard par tous les moyens connus ; lavages antiseptiques, drainages multiples, petits grattages des trajets fistuleux et de leurs dépendances. Et si ces petits moyens ne suffisent pas, il ne faut pas hésiter à recourir à la résection de la hanche.

CHAPITRE XI

DE LA RÉSECTION DE LA HANCHE

Indications de la résection. Grandes divergences à ce sujet entre les divers chirurgiens :

1° Les uns résèquent avant l'apparition du pus.

Ils sont de moins en moins nombreux.

Ollier résèque les coxalgies très douloureuses, même non suppurées.

2° D'autres attendent la présence du pus.

3° D'autres (la plupart) ne font la résection que pour les coxalgies fistuleuses; mais tandis que les uns n'attendent pas un seul jour, les autres attendent quelques mois ou un an.

Pour eux, l'indication se tire de la longue durée de la fistule.

Indication tirée de l'abondance de la suppuration.

Indication tirée des accidents généraux, de la fièvre surtout.

Pour résoudre une question aussi controversée, il faut examiner :

1° Ce qu'on peut sans la résection dans les divers cas. La réponse se trouve dans les chapitres précédents.

2° Ce que peut la résection :

a) pour conjurer dans l'avenir la généralisation tuberculeuse et les récidives locales;

b) pour avoir raison des accidents présents : soit locaux, c'est-à-dire d'une suppuration ancienne et abondante et de ses dangers; — soit généraux : intoxication de

l'organisme, déchéance de l'organisme, danger pour la vie ;

c) Examiner d'autre part si l'opération est immédiatement grave, et ses résultats au point de vue orthopédique.

La résection ne supprime pas le danger de la généralisation de la tuberculose.

Il n'est pas démontré qu'elle soit, d'une manière générale, plus avantageuse que l'arthrotomie et les curettages articulaires contre les suppurations anciennes et abondantes. Et, d'autre part, elle laisse au point de vue orthopédique des résultats toujours inférieurs à ceux du traitement conservateur et trop souvent de véritables infirmités pour qu'on ne doive pas chercher tous les moyens de l'éviter.

Il faut l'éviter dans tous les cas où l'intérêt vital du malade n'est pas en jeu. La vie du malade n'est en danger que lorsqu'il a de la fièvre.

Nous dirons, pour distinguer les petites interventions mentionnées dans les chapitres précédents de la résection vraie, que les premières laissent intact le cartilage de conjugaison supérieure, tandis que la résection de la hanche, quelque économique qu'elle soit, entraîne toujours l'ablation de la tête et du col du fémur, et, par conséquent, la suppression du cartilage supérieur d'accroissement du fémur.

Quelles sont les indications de la résection de la hanche?

Il est peu de questions thérapeutiques qui aient reçu des solutions aussi diverses que celle que nous venons de poser. Chaque chirurgien a son opinion propre sur ce sujet.

Toute opinion rationnelle doit se baser sur des considérations de deux ordres. Il faut étudier en premier lieu ce que peut donner le traitement conservateur aidé des petites interventions, au double point de vue de la guérison de la maladie et de la conservation d'un membre utile au malade.

Il faut examiner en second lieu les résultats que nous pouvons attendre, à ce double point de vue, de la résection de la hanche.

C'est parce que chaque chirurgien résoud cette double question d'une manière très spéciale et très personnelle qu'on ne peut pas s'entendre sur le chapitre des indications de cette opération.

Avant d'exposer notre manière de voir, il nous paraît nécessaire de reproduire les différentes opinions émises.

1° Nous devons une mention aux partisans des résections précoces, pour qui tout coxalgique est justiciable de la résection de la hanche. Ceux-là n'attendent pas l'apparition du pus. Ils étaient nombreux autrefois en Allemagne et en Amérique, les chirurgiens appartenant à ce premier groupe. Ils se sont convertis en masse à une religion plus conservatrice, et bientôt il n'en restera plus un seul, même dans ces pays, pour soutenir la doctrine de l'intervention immédiate.

Le croirait-on? l'un des plus grands maîtres de la chirurgie française, Ollier, conseille dans certains cas la résection avant la période de suppuration : « C'est, dit-il, lorsqu'on se trouve en présence de ces ostéo-arthrites douloureuses qui s'accompagnent d'exacerbations nocturnes et qui restent sensibles au moindre mouvement malgré les bandages et les appareils d'immobilisation.... »

Malgré toute l'admiration que je professe pour le maître lyonnais, je ne puis ici partager son avis. Je ferai remarquer tout d'abord qu'Ollier se sert du bandage silicaté; or ce bandage silicaté ne peut pas faire l'immobilisation absolue comme notre grand appareil plâtré; et depuis que nous employons celui-ci, nous n'avons observé, sur plusieurs centaines de coxalgies, que deux cas où les douleurs aient encore persisté pendant la nuit, atténuées cependant. J'ai admis que cette douleur persistante ne pouvait être due qu'à l'existence d'un abcès intra-osseux; et quelques mois après, l'abcès était en effet devenu accessible à nos moyens d'exploration. Mais ces abcès ne comportent pas un pronostic ou un traitement spécial; on leur applique lorsqu'ils sont extérieurs les méthodes de traitement ordinaires des abcès fermés. Et lorsqu'ils ne sont pas accessibles, on peut attendre qu'ils le deviennent (les dou-

leurs presque exclusivement nocturnes n'étaient pas, dans nos deux cas, une cause d'altération de la santé du coxalgique); et si l'on ne veut pas attendre, on peut à la rigueur aller trépaner l'os, lorsque la douleur existe en un point limité et précis, ou même faire une arthrotomie exploratrice. Mais je ne saurais admettre qu'on résèque d'emblée la hanche, en pareil cas.

Voici (fig. 24) la photographie de l'un des

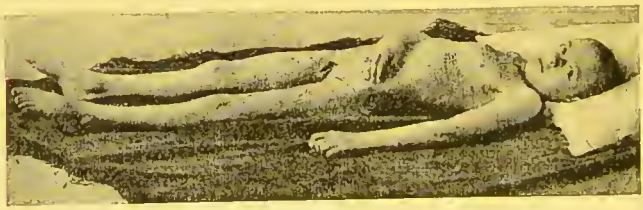


Fig. 24.

enfants qui présentaient ces coxalgies très douloureuses. L'abcès intra-osseux que nous avions soupçonné est venu trois mois après apparaître dans les parties molles. J'ai traité cet abcès par les injections de naphtol camphré. L'enfant, bien que non encore rendu à la liberté, est actuellement guéri avec une jambe sensiblement normale. Qu'eût fait la résection de ce coxalgique?

2° Beaucoup de chirurgiens résèquent dès que la présence du pus est constatée.

Bœckel (de Strasbourg) est de ceux-là, si j'en juge par la communication qu'il a faite sur ce sujet au premier Congrès français de chirurgie.

Ollier dit de son côté : « *Si nous ne recourons pas d'emblée à la résection de la hanche dans un certain nombre de coxalgies suppurées*, nous n'employons le drainage et l'arthrotomie qu'à titre d'essai, et en cas d'insuccès nous n'attendons pas longtemps avant d'en venir à la résection. » — Cela signifie, si je ne me trompe, bien qu'Ollier ne le dise pas explicitement dans les passages qui précèdent, qu'il fait d'emblée la résection dans la plupart des coxalgies suppurées.

Nous n'avons pas besoin de redire pourquoi nous ne pouvons pas être, encore ici, de son avis. C'est que d'autres moyens beaucoup plus simples et beaucoup plus économiques nous conduisent à la guérison complète de presque tous les abcès fermés en laissant au malade une jambe sensiblement aussi longue et aussi solide que l'autre.

3° Mais la plupart des chirurgiens attendent pour réséquer la présence d'une ou de plusieurs fistules.

Parmi ceux-là même, la pierre de touche pour juger de l'indication et du moment de la résection n'est pas absolument identique pour tous.

Quelques-uns considèrent que l'existence

d'une fistule équivaut pour le coxalgique à l'impossibilité absolue de guérir par un autre moyen et n'attendent pas un seul jour pour le réséquer.

D'autres attendent quelques mois; l'indication se tirera de la durée de la fistule. Si celle-ci date de six mois ou un an, il faut demander à la résection de la hanche la guérison du malade.

Bon nombre de chirurgiens interrogent dans ce cas l'état général du coxalgique. Si cet état général s'aggrave, soit par suite de l'abondance de la suppuration, soit pour toute autre cause, ils interviennent; dans le cas contraire, ils s'abstiennent si ce n'est toutefois dans le cas de suppurations abondantes; qui, malgré la conservation apparente de la santé, représentent pour eux un danger de dégénérescence amyloïde de la rate, du foie et des reins.

Enfin quelques-uns ne font la résection que lorsque la vie du malade est en danger immédiat, par suite d'une fièvre ardente qui s'est allumée, qui ne cède pas aux autres moyens moins radicaux (et qui menace d'emporter le coxalgique à bref délai...).

Voilà exposées, très impartialement, les solutions différentes qu'ont données les chirurgiens au problème si difficile des indications de la résection de la hanche.

Pour résoudre une question aussi controversée, il nous faut étudier, nous l'avons dit :

1° Ce qu'on peut sans la résection pour guérir le malade et lui laisser un membre utile;

2° Par contre, la valeur de la résection à ce double point de vue.

Nous allons donc rechercher ce que peut la résection pour fermer les fistules anciennes, pour tarir les suppurations abondantes et mettre ainsi à l'abri d'une généralisation tuberculeuse et d'une dégénérescence viscérale, et nous examinerons la solidité des guérisons qu'elle donne. Enfin nous verrons les résultats fonctionnels et orthopédiques qu'elle laisse.

A valeur égale, tout le monde nous accordera que c'est évidemment aux petits moyens qu'il faudra donner la préférence.

1° Ce que peuvent ces petits moyens, à toutes les périodes de la coxalgie, nous l'avons démontré dans les chapitres précédents.

Ils donnent la guérison avant la formation du pus; ils la donnent également presque toujours, lorsque nous sommes en présence d'un abcès fermé; ils la donnent encore (combien fréquemment!) avec des efforts persévérants et du temps, à la période de la fistule.

Il n'est pas d'autres complications pressantes et vraiment graves que celles qui s'accompagnent de fièvre, et partant de phénomènes de

résorption septique. Il est des cas où les petits moyens ne peuvent avoir raison, du moins assez tôt, de ces complications. Or le temps presse.... Dans ces conditions, n'hésitez pas à en appeler à la résection, parce que l'intérêt vital du malade est immédiatement en jeu et prime toutes les autres considérations.

Il est, par conséquent, des cas où les petits moyens restent impuissants à sauver le malade. En second lieu, il faut convenir qu'ils laissent persister certaines fistules pendant plusieurs années. C'est un ennui grave et nous devrons étudier ce que vaut la résection pour tarir ces vieilles fistules rebelles.

Quant à l'intérêt orthopédique du membre malade, il est indiscutablement mieux sauvegardé par les petits moyens que par les grandes interventions.

Les coxalgiques traités par les méthodes conservatrices gardent des membres d'une longueur sensiblement normale et d'une solidité telle qu'ils peuvent faire des marches de 15 à 20 kilomètres par jour.

Voici des figures représentant des coxalgiques porteurs de fistules multiples, traités et guéris par les petits moyens (injections, curettages) lorsqu'on nous les avait envoyés pour les réséquer.

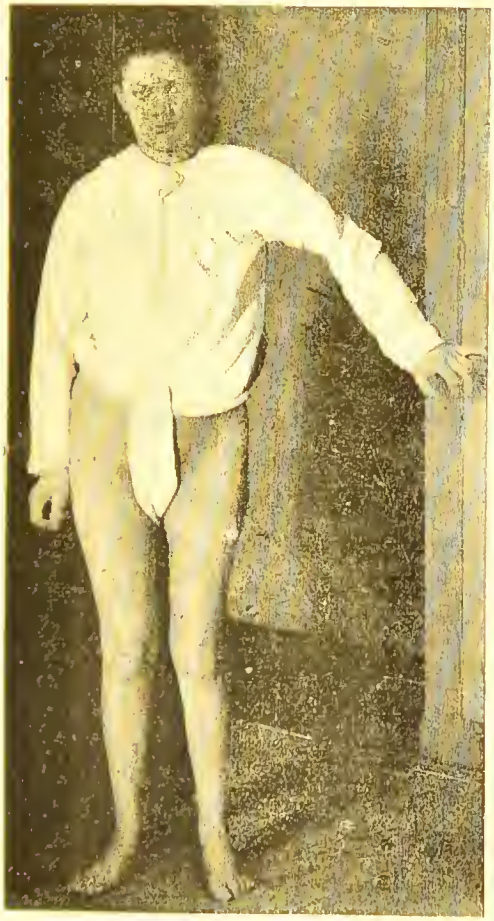


Fig. 25. — A suppuré pendant deux ans (coxalgie gauche). Guéri par les injections et un petit curettage avec une jambe très utile.

Fig. 26. — Ce coxalgique a suppuré pendant trois ans. Soigné par notre maître Nélaton, puis par nous.
Guéri par les injections et les curettages. Actuellement fait des marches de 15 kilomètres sans fatigue, ni boiterie.

Fig. 27. — A suppuré pendant quatre ans.
Guéri par l'arthrotomie et des curettages articulaires. Jambe très solide, aussi longue que l'autre. Ne boite pas.

2° En regard de ces résultats donnés par le traitement conservateur, étudions ceux que nous pouvons attendre de la résection.

Une fistule persiste, la résection la fermera-t-elle?

Une suppuration épuise le malade, la résection va-t-elle la tarir?

La fièvre existe, la résection va-t-elle la faire tomber?

Enfin la résection ne donne-t-elle pas des guérisons plus complètes et ne met-elle pas sûrement à l'abri de toute manifestation tuberculeuse pour l'avenir?

a) *Sa valeur pour abréger la durée de la fistule :*

Oui sans doute, il est des fistules vieilles de plusieurs années qu'une résection large a guéries en quelques semaines ou en quelques mois. Mais nous avons vu que de simples grattages du trajet fistuleux, intéressant son extrémité profonde qui répond au tissu osseux et à la jointure, donnent souvent les mêmes promptes guérisons; nous en avons cité de nombreux exemples.

Et, par contre, combien n'est-il pas de malades chez qui la résection a eu un résultat inverse.

Ils étaient porteurs d'une fistulette unique, insignifiante, depuis plusieurs années. On les résèque pour fermer la fistule. Résultat : au lieu d'une fistule comme avant, c'est trois,

quatre fistules que présente le malade; et ces fistules nouvelles vont durer des années.

Cela ne doit pas étonner. Si la fistule primitive était déjà vieille, il s'était déjà formé certainement des processus adhésifs entre les extrémités articulaires. La résection les a détruits et a tout inoculé. Et nous verrons qu'il ne s'agit pas là seulement de la résection des maladroits. La résection de la hanche n'est pas la résection du genou. Si la réunion immédiate est la règle dans celle-ci, elle est l'infime exception dans la première. Nous dirons même avec Ollier qu'il ne faut pas chercher cette réunion immédiate à la hanche. Mais alors c'est la porte laissée ouverte à une fistule interminable, c'est-à-dire à une lésion pareille à celle pour laquelle on a fait la résection.

Nous ferons la même réponse pour ce qui est *de la valeur de la résection pour tarir les suppurations abondantes.*

Sans doute, si elles sont entretenues par un séquestre on en aura raison par ce moyen; mais une arthrotomie exploratrice aurait permis tout aussi bien d'atteindre le fragment osseux nécrosé.

Et encore ici la résection a trop souvent servi à transporter dans tous les tissus traumatisés de la région de la hanche, et parfois très loin sur la diaphyse fémorale et sur l'os iliaque, une

suppuration cantonnée jusqu'alors en une cavité plus ou moins limitée.

Ce ne sont pas là des considérations purement théoriques. Nous pourrions citer plusieurs enfants qui avaient depuis des années une suppuration insignifiante. Pour tarir définitivement ces fistules rebelles, on les a réséqués largement et voilà maintenant toute la région inoculée; et la suppuration devenue dix fois plus abondante qu'avant. Les chances de guérison ont donc été bien diminuées par la résection, et, si les malades finissent par guérir, ce ne sera après ces larges résections qui avaient la prétention d'être complètes, qu'au prix d'une très grave infirmité.

La preuve que la résection donne à cet égard de nombreux mécomptes, c'est que les réséqués de la hanche succombent souvent à une suppuration persistant encore après l'opération et entraînant avec de la fièvre de la dégénérescence viscérale. Six réséqués de la hanche, opérés cependant par des chirurgiens très habiles, sont venus mourir ainsi dans nos hôpitaux de Berck dans ces trois dernières années.

La preuve en est également dans ce fait que certains chirurgiens ont été obligés, après avoir fait la résection, de désarticuler la cuisse, la résection n'ayant fait que donner un coup de fouet à la maladie.

Je dirai pour me résumer : *Il n'est pas démontré que la résection diminue d'une manière générale la durée et l'abondance de la suppuration, et qu'elle doive être préférée à ce point de vue à l'arthrotomie et aux curettages articulaires dans le traitement de la coxalgie fistuleuse.*

Il n'est pas démontré non plus qu'elle diminue d'une manière générale le danger de propagation du processus tuberculeux de la hanche aux tissus voisins.

Et d'autre part elle n'a pas justifié davantage l'espoir qu'on avait d'abord fondé sur elle, qu'elle donnerait des guérisons plus complètes et mettrait à l'abri des généralisations tuberculeuses pour l'avenir. Je compte plusieurs faits personnels de réséqués dont la plaie était cicatrisée et qui ont été emportés dix, douze, quinze mois après l'opération, par une granulie suraiguë ou des accidents méningitiques.

Et *Kœnig* faisait aussi cette réflexion mélancolique à l'un des derniers congrès allemands, lui qui avait tant compté autrefois sur la résection pour empêcher ces généralisations tuberculeuses à longue échéance.

Voilà ce qui en est de la valeur de la résection pour assurer la guérison du malade.

Quant aux résultats orthopédiques qu'elle laisse, ils sont toujours inférieurs, tout le

monde en convient, à ceux que donne le traitement conservateur.

Celui-ci laisse des jambes plus longues, cela est évident; puisqu'il laisse tout ou partie du cartilage d'accroissement supérieur du fémur, tandis que la résection la plus économique supprime ce cartilage, dont la situation est intra-articulaire, comme on sait.

Et de ce fait l'accroissement futur de l'os sera arrêté dans une assez notable proportion : dans la proportion d'un tiers d'après les recherches d'Ollier; et les observations cliniques sérieuses viennent confirmer cette donnée expérimentale, en dépit de quelques observations merveilleuses publiées par certains chirurgiens étrangers où il est dit que « le raccourcissement de la jambe réséquée allait chaque année en diminuant! » Pas plus qu'Ollier, nous ne pouvons accepter ces résultats.

Avec lui, nous soutenons au nom de la clinique et de l'expérimentation que la différence de longueur des deux membres ira, au contraire, en s'accentuant, et sera d'autant plus grande que la résection aura été faite sur un sujet plus jeune.

Que sera donc le raccourcissement lorsque la résection du fémur a passé au-dessous des trochanters!

Le traitement conservateur laisse aussi des

jambes plus solidement fixées et partant plus utiles; tandis que la résection donne des ankyloses moins solidement constituées pour la marche. Si elle rend parfois de petits mouvements à la hanche, cette mobilité est plutôt fâcheuse; trop souvent cette mobilité est excessive et la résection laisse des jambes en fléau, des jambes de polichinelle qui obligent les opérés à marcher avec des béquilles toute leur vie (voir fig. 28 et 29).

L'attitude du membre est également meilleure d'une manière générale à la suite du traitement conservateur. Si le malade n'a été vu que lorsque existait déjà une déviation, on pourra la corriger plus tard comme nous le dirons dans un autre chapitre[1]; tandis qu'on est à peu près désarmé contre les déviations et les subluxations iliaques qui se produisent presque fatalement après la résection.

Je sais bien que cette appréciation des résultats orthopédiques que laisse la résection paraîtra beaucoup trop sévère à plusieurs..., oui sans doute on pourra me montrer tel réséqué qui a un raccourcissement peu apparent et une jambe solide, on me montrera tel enfant chez qui l'os s'est reproduit en partie. Je le sais bien, puisque j'ai publié moi-même à la tribune de la Société

1. Voir chapitre XIV.

de chirurgie (1894) la relation de l'exemple peut-

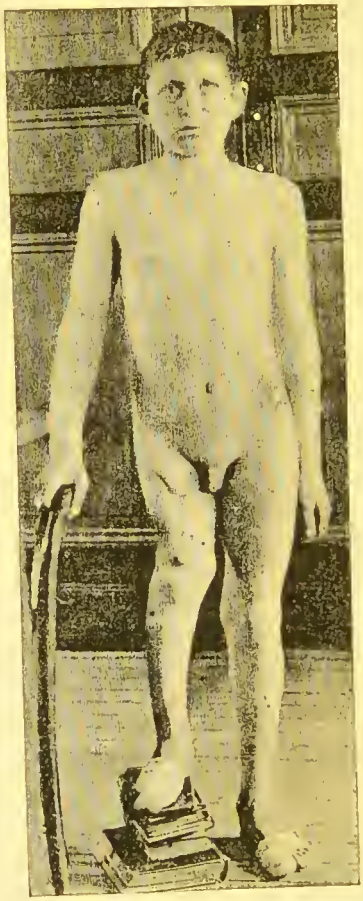


Fig. 28. — Spécimen des résultats que laisse la résection. Cet enfant est opéré depuis quatre ans. Il est condamné à marcher avec une béquille, à cause du raccourcissement énorme qu'il présente et de la non-fixation du membre au bassin. Et cependant la résection avait été pratiquée par un maître des plus habiles.

être le plus remarquable de cette régénération

du fémur. Il s'agissait d'un coxalgique de treize ans à qui j'avais enlevé en même temps

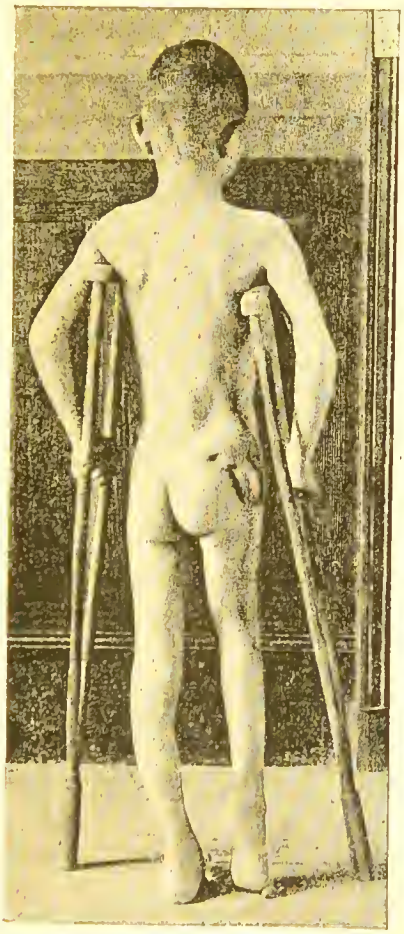


Fig. 29. — Autre réséqué. La jambe est assez mal fixée; et l'on peut voir que le raccourcissement est déjà notable. Opéré depuis 14 mois.

qu'un petit segment de l'os iliaque la moitié du fémur, 15 centimètres sur 31, et chez qui s'est

reproduite une colonne osseuse de 11 centimètres qui s'est soudée à la moitié saine du fémur et à

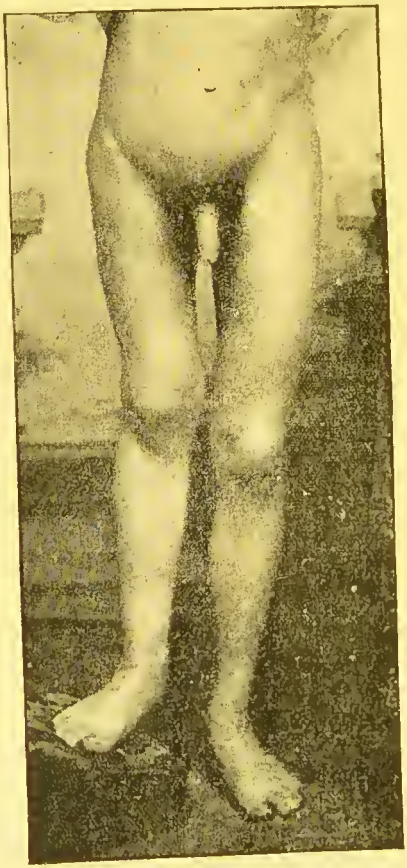


Fig. 30. — Le coxalgique à qui j'ai enlevé la moitié du fémur (15 centimètres), chez qui s'est produite une colonne osseuse de 11 centimètres et qui peut faire des marches de 8 à 20 kilomètres.

l'os iliaque, si bien que cet enfant peut actuellement aller du quartier des Gobelins, qu'il

habite à Paris, jusqu'à Bellevue, aller et retour plusieurs fois par semaine, sans la moindre fatigue et avec une minime boiterie (fig. 30).

Mais il s'agit là de succès très exceptionnels et sur lesquels nous ne devons pas compter, même chez les enfants.

Cette régénération ne peut se faire que dans des conditions spéciales; conservation de la presque totalité du périoste, réaction post-opératoire peu violente, conditions qui ne peuvent presque jamais se trouver réunies ici.

Je veux faire remarquer que je n'ai pas fait entrer en ligne de compte le danger immédiat que fait courir la résection. C'est que j'accorde, en effet, que ce danger entre les mains d'un chirurgien habile et prudent sera presque nul. Ce n'est donc pas parce que la résection est difficile à faire ou périlleuse que je la rejette, mais parce qu'elle donne trop de mécomptes à d'autres points de vue; et je conclurai en disant :

Si la réaction ne supprime pas davantage que les méthodes conservatrices le danger de la généralisation de la tuberculose, ou des récidives locales, elle donne d'autre part, au point de vue orthopédique, des résultats toujours inférieurs à ceux du traitement conservateur et laisse trop souvent de véritables infirmités pour qu'on ne doive pas rechercher tous les moyens de l'éviter.

On peut l'éviter dans tous les cas où l'intérêt vital du malade n'est pas immédiatement en jeu. Or la vie du malade n'est en danger que lorsqu'il y a de fièvre accusant la résorption septique. Dans ce cas il faut sacrifier l'intérêt orthopédique à l'intérêt vital du malade et si tous les autres moyens essayés n'ont pu assurer la chute de la température, recourir à la résection de la hanche.

Il n'est pas à la résection alors de véritable contre-indication; ni l'existence d'une complication viscérale, ni l'albuminurie ne doivent arrêter le chirurgien. Chez trois de mes réséqués, j'ai vu l'albuminurie disparaître quelques semaines après l'opération et les malades ont guéri; d'autres chirurgiens ont cité des faits semblables.

On ne doit refuser d'intervenir que si le malade présente déjà des lésions pulmonaires à la troisième période.

CHAPITRE XII

MANUEL OPÉRATOIRE DE LA RÉSECTION DE LA HANCHE — TRAITEMENT CONSÉCUTIF — RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS

Nécessité de l'antisepsie la plus rigoureuse pour prévenir au cours de l'opération l'inoculation de toute la région de la hanche et la diffusion du processus tuberculeux et des infections secondaires dans des tissus jusqu'alors indemnes.

L'incision *antéro-externe*, allant de l'épine iliaque antéro-supérieure au milieu de la face externe du grand trochanter, présente trois avantages principaux :

1° Elle évite toute perte de sang ;

2° Elle permet d'arriver immédiatement sur la tête et le col du fémur et de faire une exploration complète de la région malade ;

3° Passant dans l'interstice du moyen fessier et du tenseur du fascia lata, elle ménage tous les muscles de la région, ce qui a une importance considérable pour le résultat orthopédique de la résection. L'on assurera le drainage de la région en faisant une contre-ouverture au niveau de l'angle postérieur du grand trochanter.

Cette technique est non seulement le premier temps de la résection, mais encore la technique des arthrotomies exploratrices suivies de curettages articulaires.

Si la résection est jugée nécessaire, on commence par enlever la tête et le col avec le ciseau à froid et le maillet. Puis on fait l'examen de la cavité cotyloïde, dont on résèque le fond

si c'est nécessaire; ensuite on fait l'examen du fémur et la résection de la hauteur voulue, en plusieurs temps, par l'ablation de petites rondelles osseuses, ce qui est plus économique.

En vue du résultat orthopédique, conserver aussi intégralement que possible le périoste et tous les tissus mous de la région, ce qui entraîne l'obligation de garder les tissus simplement suspects et empêche de rechercher la réunion immédiate.

Nécessité de faire une hémostase parfaite au cours de l'opération. C'est grâce à cette précaution et à une bonne antisepsie que la gravité immédiate de la résection la plus large deviendra presque nulle.

Du traitement consécutif.

Nécessité d'un appareil faisant une bonne contention du membre.

Résultats immédiats.

Résultats éloignés.

Je ne veux pas écrire ici un chapitre complet sur le manuel opératoire de la résection de la hanche; on trouvera de longs détails sur ce sujet dans tous les traités de médecine opératoire. Je me bornerai donc à quelques indications sommaires se rapportant exclusivement à la résection appliquée à la coxalgie suppurée.

L'on doit faire une longue et minutieuse toilette de la région opératoire et ne pas s'en abstenir sous prétexte que la région est déjà infectée. C'est au contraire parce que l'on se trouve en présence d'une infection, mais d'une infection plus ou moins cantonnée, que l'on ne saurait prendre trop de précautions antiseptiques. La peau de la région et des régions voi-

sines est donc lavée, pendant 10 à 15 minutes au moins, avec du sublimé et du savon, puis de l'alcool et de l'éther. Si le malade souffre, on fait cette toilette sous le chloroforme.

Et l'on ne se départira pas un seul instant, au cours de l'opération, de la minutieuse observance de toutes les règles de l'antisepsie la plus sévère.

L'anesthésie est obtenue et maintenue, lorsqu'on a un aide habile, par quelques gouttes de chloroforme chez les enfants. Jamais nous n'avons eu d'alerte. Un deuxième aide suffit pour l'hémostase.

L'incision sera faite sans se préoccuper du siège des fistules. Contrairement à ce que recommandent la plupart des auteurs, nous faisons actuellement l'incision sur la région antéro-externe, elle va de l'épine iliaque antéro-supérieure au milieu du grand trochanter et passe entre le moyen fessier (en arrière) et le tenseur du fascia lata (en avant).

Cette incision présente trois avantages principaux :

Le premier, c'est qu'elle met à l'abri de toute perte de sang, à cause de la faible vascularité des tissus qu'on traverse;

Le deuxième, c'est qu'elle conduit immédiatement sur ce qui reste de la capsule et sur la tête fémorale ou ses vestiges;

Le troisième c'est qu'elle ménage tous les muscles de la région, ce qui est extrêmement important pour le résultat fonctionnel ultérieur.

Mais comme, avec cette incision antérieure, l'écoulement de la sérosité ou du pus serait difficile, il faudra faire, à la fin de l'opération, une incision de décharge, par laquelle on passera un drain, contre l'angle postérieur du grand trochanter, qui est la partie la plus déclive de la région.

On a mis à nu les foyers morbides et l'on peut décider à ce moment s'il est nécessaire de pratiquer la résection.

Si un simple grattage paraît suffisant, on fait une toilette complète de la totalité du foyer et l'on referme après avoir pratiqué la contre-ouverture dans le point déclive.

Ainsi ces premiers temps de l'opération sont communs à l'arthrotomie exploratrice suivie d'un grattage articulaire, et à la résection.

Si l'on juge la résection indispensable, l'on commence par enlever la tête et le col. Pour cela, au lieu de suivre la conduite tracée par les auteurs des traités de médecine opératoire, c'est-à-dire de luxer l'extrémité supérieure du fémur en dehors par des pressions exercées sur l'extrémité inférieure, ce qui expose aux fractures de la diaphyse raréfiée et aux décollements étendus des parties molles, l'on séparera la tête

et le col du reste de l'os, avec le ciseau à froid et le maillet agissant dans la profondeur de la plaie.

L'ablation de la tête fémorale permet de faire une exploration complète de la cavité cotyloïde; on la débarrasse avec la curette des débris ostéo-fongueux qu'elle renferme et l'on peut enlever son arrière-fond si la nécessité s'en fait sentir. On la trouve souvent perforée; on peut enlever le pourtour de l'orifice et gratter les clapiers qui existent du côté du bassin; on les drainera directement par la grande plaie sans qu'il soit généralement nécessaire de faire une contre-ouverture au milieu du pli inguinal, grâce au siège de l'incision opératoire.

Puis l'on passe à l'examen du fémur. Si la tranche de section du trochanter paraît malade, on en détachera une rondelle après avoir décollé le périoste. Si le périoste n'est pas trop altéré, il faut le conserver, après avoir gratté ses points caséeux, il servira à la régénération de l'os et à la constitution d'une néarthrose solide.

Et l'on enlève ainsi des rondelles osseuses de 1 centimètre de hauteur sur la diaphyse fémorale, jusqu'à ce qu'on arrive sur le tissu sain, c'est-à-dire sur un os qui ne sera ni fongueux, ni suppuré, ni nécrosé.

Il vaut mieux procéder ainsi que d'aller, comme le conseillent certains chirurgiens américains, faire d'emblée la résection sous-trochantérienne.

L'opération est presque terminée ; nous faisons alors la toilette du champ opératoire à l'aide de la curette. On touche tous les points avivés, avec une solution très chaude de sublimé au 1/1000e, qui désinfecte bien la plaie. Nous n'employons plus le baume du Pérou, conseillé par d'autres ; il ne nous a jamais donné de bons résultats ; nous avons abandonné également le chlorure de zinc, qui provoque un écoulement sanguin en nappe sur les tissus qu'il a touchés.

Après un grand lavage fait avec de l'eau stérilisée, nous drainons à l'aide d'un drain placé au niveau de la partie inférieure de l'incision opératoire et d'un autre drain placé en arrière dans la partie la plus déclive de la région, comme nous l'avons dit.

Nous faisons un pansement iodoformé et une compression très forte, puis nous appliquons par-dessus un bandage plâtré qui maintient le membre dans une extension complète et dans une abduction légère.

L'opération dure généralement vingt à trente minutes ; mais il est une chose qui importe encore davantage que d'aller vite, c'est de faire, au fur et à mesure que l'on avance, l'hémostase la plus rigoureuse.

Pour cela, la compression faite à l'aide de tampons suffit. Il faut confier ce soin à un ou même à deux aides très expérimentés. C'est de

la façon dont ils rempliront leur mission que dépend le choc causé par l'opération. S'ils sont exercés et très attentifs, on pourra faire la résection presque à blanc, et elle sera ainsi supportée par les enfants les moins résistants.

SOINS IMMÉDIATS.

Le premier pansement restera en place pendant une semaine.

Mais on est parfois obligé de l'enlever plus tôt, soit parce que la température monte au-dessus de 38°, soit parce que les pièces de pansement sont souillées par de la sérosité teintée.

L'on peut bien essayer, dans ce deuxième cas, de glisser un peu d'ouate stérilisée sous le bandage plâtré, ce qui permet parfois de conserver le pansement pendant encore plusieurs jours.

Le pansement en lui-même ne présente rien de spécial; l'on se conduira d'après les indications du thermomètre et l'état de la plaie; mais l'on n'aura pas de trêve jusqu'à ce que l'apyrexie soit complète, une fièvre même légère témoignant d'une certaine résorption septique et favorisant l'inoculation des tissus voisins du champ opératoire.

La contention du membre pendant cette période des pansements est difficile à faire.

L'attelle externe de Cazin ne nous satisfait

pas et compromet l'antisepsie des pansements.

L'attelle pelvi-dorso-pédieuse d'Ollier ne suffit pas; elle devrait pour être efficace s'appuyer sur une pièce postérieure. Telle qu'elle est, elle n'empêche pas absolument les inflexions du membre sur le plan du lit.

Nous nous servons ici, comme à la période fistuleuse de la coxalgie, de l'appareil bivalve. La face interne des deux valves est protégée par une toile imperméable.

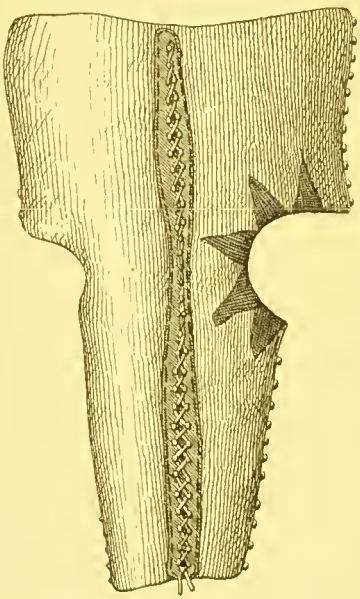


Fig. 31. — Appareil servant pour la hanche gauche, vu par sa face externe.

Voici figuré ce bandage sur une petite résé-quée de l'hôpital Rothschild. Nous en sommes

très satisfait. Il est pratique, d'un entretien facile, et nous donne une sécurité complète pour ce qui est de la position du membre.

Fig. 32.

L'appareil n'est enlevé que pour les pansements, c'est-à-dire, en moyenne, une fois par semaine. Pour le pansement, l'enfant est placé sur le pelvi-support que nous avons figuré.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — GRAVITÉ DE L'OPÉRATION.

La résection de la hanche dans la coxalgie suppurée était autrefois très grave. Le Fort accusait une mortalité opératoire de 41 pour 100, Good de 52 pour 100, Leisrinch de 63,6 pour 100. Ce chiffre s'est abaissé à 5 ou 6 pour 100. Sur 63 résections que nous avons faites, nous avons perdu trois malades seulement des suites immédiates de l'opération. Deux sont morts de choc dans les cinq premiers jours, et le troisième de

septicémie au douzième jour. Mais c'était au début, lorsque nous étions moins sûrs de notre technique et de nos aides et que l'antisepsie de notre service laissait encore à désirer. Nous n'avons eu qu'un décès chez nos quarante-six derniers opérés et nous sommes convaincus que, si nous opérions actuellement, ces malades que nous avons perdus, nous les sauverions.

J'ose dire que l'on peut faire les résections les plus étendues chez les enfants les plus petits et les plus débilités, sans leur faire courir de danger immédiat, si l'on prend les précautions voulues pour leur éviter toute perte de sang.

Si le réséqué ne doit pas mourir de choc, il ne doit pas non plus mourir de septicémie, dans le service d'un chirurgien antiseptique.

Et cependant le chirurgien antiseptique lui-même se gardera de rechercher, dans la généralité des cas, la réunion immédiate. On ne peut l'obtenir qu'en taillant largement dans les tissus mous, chairs et périoste, au delà des points malades, et, si le résultat immédiat peut être dans ce cas très brillant, le résultat ultérieur est souvent désastreux. Le sacrifice du périoste et d'une grande épaisseur de fibres musculaires assure la réunion immédiate, mais empêche la régénération de l'os et la constitution d'une ankylose solide. Le membre reste ballant et le malade sera infirme pour la vie.

Il vaut mieux dans ce cas particulier sacrifier ce petit point d'honneur, la recherche et l'obtention de la réunion immédiate, pour sauvegarder davantage le résultat orthopédique de la jambe réséquée.

Une grande quantité des tissus simplement suspects, laissés en place, servira à la constitution d'une bonne néarthrose et l'on se consolera, à ce prix, d'avoir à panser son malade pendant encore plusieurs mois avant d'arriver à la cicatrisation complète.

L'on n'oubliera jamais, pendant cette période quelquefois très longue, de maintenir le membre en bonne position : cette immobilisation favorise la formation des processus adhésifs et de l'ankylose recherchée, et peut empêcher les luxations iliaques.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.

Ces résultats se trouvent exposés dans le chapitre précédent. Je ne veux que les rappeler ici très brièvement. La cicatrisation se fait dans moitié des cas, à peu près, dans le cours de la première année, si la résection n'a été faite qu'après suppuration de la coxalgie.

Parfois, cette cicatrisation de la plaie demande plusieurs années.

Il est quelques malades chez qui la suppura-

tion persiste ou augmente en amenant des accidents généraux, si bien que le bénéfice retiré de la résection est nul.

On est obligé de les réséquer de nouveau ou même parfois de leur faire subir la désarticulation de la cuisse.

Pour moi, je n'ai jamais trouvé l'indication de faire cette désarticulation chez ceux de mes réséqués que j'ai pu suivre.

J'avoue que je ne trouve pas cette opération très logique. Que dirait-on si l'on faisait pour une tumeur blanche du genou la simple désarticulation de la jambe sans toucher au fémur? Il est bien plus rationnel et plus efficace, si le coxalgique réséqué ne guérit pas, de le réséquer à nouveau en taillant dans l'os iliaque et dans le fémur.

L'on peut enlever ainsi, comme chez le malade dont j'ai parlé à la Société de chirurgie, la moitié du fémur et un segment de l'os iliaque. Je lui ai laissé une jambe très utile. D'autres chirurgiens, en lui désarticulant la cuisse, l'auraient condamné pour le reste de ses jours à une infirmité lamentable... à moins qu'il n'eût succombé à l'opération; car cela aurait bien pu arriver, et, pour un enfant qui a guéri de la désarticulation et dont on se hâte de publier l'histoire, combien n'y en a-t-il pas qui ont succombé et dont on ne parle jamais!...

Quant aux résultats orthopédiques de la résection de la hanche, ils sont toujours médiocres, et dans plus de moitié des cas cette opération laisse de lamentables infirmités....

CHAPITRE XIII

TRAITEMENT DE LA CONVALESCENCE DE LA COXALGIE

Pourquoi les rechutes sont si fréquentes.

L'on a négligé le traitement général en ramenant trop tôt le coxalgique dans un mauvais milieu ; ou bien encore l'on a abandonné le traitement local trop tôt.

Il faut bien savoir que, à partir du jour où le foyer morbide paraît éteint cliniquement, il s'écoulera plusieurs mois ou même plusieurs années avant qu'il soit éteint anatomiquement, c'est-à-dire réellement.

Il y a donc, avant comme après la période clinique, une période latente de la coxalgie généralement très longue.

Ne lever le malade qu'après avoir attendu six mois au moins depuis la disparition complète de toutes les manifestations cliniques.

Le surveiller de très près lorsqu'il fera ses premiers pas ; lui appliquer un appareil silicaté pour immobiliser relativement la hanche et atténuer ainsi la fâcheuse influence du fonctionnement de la jointure.

Pour atténuer la mauvaise influence de la pression du corps sur les surfaces articulaires pendant la marche et la station debout, faire porter des béquilles aux grands enfants, et placer les tout petits dans un chariot spécial.

Faire des massages des masses musculaires atrophiées, mais ne pas chercher à développer les mouvements de la jointure. Se contenter de ceux que le coxalgique a recouvrés spontanément.

La plus petite douleur nocturne indique une rechute. Immédiatement remettre le malade au traitement le plus sévère pour six mois au minimum.

Peut-on dire à quel moment la coxalgie cesse et quand le malade entre vraiment en convalescence?

Non, il n'y a pas de critérium absolu pour déterminer cette date précise. Ce que l'on peut dire, c'est le moment où toutes les manifestations cliniques ont disparu : c'est-à-dire l'adénite inguinale, l'empâtement fongueux, les douleurs nocturnes ou les douleurs à la pression de la tête fémorale.... Mais la disparition des manifestations cliniques de la coxalgie n'est pas la disparition effective de la maladie.

Ne savons-nous pas qu'au début le foyer tuberculeux de la hanche, avant de se révéler à nos moyens d'examen et d'exploration, avant d'exister cliniquement, existe généralement, à l'état d'incubation, depuis plusieurs mois ou même plus d'une année.

Après la disparition de toutes les manifestations cliniques, le foyer tuberculeux rentrera dans cet état de silence, et cette nouvelle période latente durera plus ou moins longtemps — des semaines, des mois, ou des années — sans que nous puissions du reste préciser cette durée, d'une manière absolue, en aucun cas.

A cette question qui vient si vite, et revient souvent dans la bouche des parents, « Quand l'enfant pourra-t-il marcher? » nous devrons, bien qu'il n'y ait pas de pierre de touche précise, répondre en nous inspirant des considérations suivantes :

L'impossibilité de marcher s'impose pour le coxalgique d'une manière très évidente, tant que persistent soit un empâtement fongueux de la région malade, soit une douleur à la pression de la tête fémorale, soit même une douleur nocturne.

L'on commence donc par faire un examen très minutieux de l'enfant pour établir ces divers points.

Mais, au cas où nous constaterons la disparition complète de tous les symptômes rationnels et de tous les signes physiques, avons-nous le droit de rendre sa liberté à l'enfant? Nullement. D'après ce que nous avons dit plus haut, nous le laisserons au repos au lit pendant un temps encore assez long et que nous pouvons fixer d'une manière approximative à quatre ou six mois : la période latente postclinique de la coxalgie ayant à peu près cette durée.

Mais cette période de surveillance devra quelquefois se prolonger pendant une année entière; cela dépend de l'état général de l'en-

fant, qui peut être altéré, soit par un changement de climat, soit par une maladie intercurrente. Tous ces incidents sont une cause de retard pour la mise sur pied du malade.

Il sera même prudent, après l'évanouissement de tous les signes cliniques de coxalgie, de prolonger, en même temps que la position couchée, l'emploi des moyens de contention; l'appareil immobilisateur pourra être cependant de dimensions beaucoup plus petites qu'au début; nous nous bornons généralement à l'application d'un spica plâtré allant du rebord costal à la rotule.

C'est parce que l'on néglige ces précautions que les rechutes sont si fréquentes.

Elles sont dues très souvent à ce que l'on a négligé le traitement général en ramenant prématurément le coxalgique dans un mauvais milieu : un enfant, parti guéri de Berck avec un aspect très vigoureux, rentre trop tôt à Paris, y mange moins bien, pâlit et maigrit et a, quelques mois après, un réveil de sa coxalgie, une rechute qui oblige les parents à le renvoyer précipitamment à Berck.

Les rechutes tiennent encore à ce que l'on a abandonné trop tôt toute contention de la jointure, ou d'une manière plus générale à ce que l'on n'observe plus minutieusement toutes les

obligations d'un traitement local sévère. Cette négligence favorise la progression nouvelle, le réveil du foyer tuberculeux.

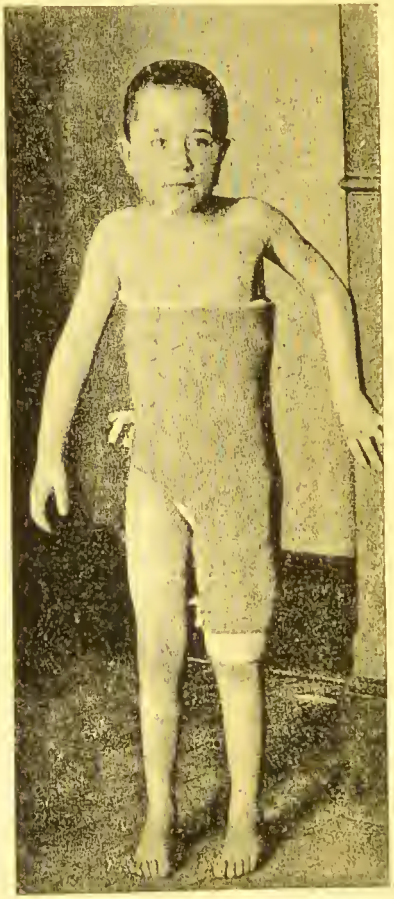


Fig. 33.

Après quatre à six mois au minimum de repos au lit depuis la terminaison des accidents clini-

quement appréciables de la coxalgie, on peut essayer de mettre l'enfant sur pied.

Dès ce jour, il nous faudra craindre la fâcheuse influence de la pression du tronc sur les surfaces articulaires, et des mouvements de la jointure.

Pour l'atténuer, nous avons divers moyens.

En premier lieu on peut immobiliser la hanche d'une manière relative en faisant porter au coxalgique, au moment de sa mise sur pied et des premiers exercices de marche, un petit appareil plâtré ou mieux un appareil silicaté comme celui que nous figurons ici. C'est un bandage amovo-inamovible que nous faisons nous-même et qu'une infirmière garnit ensuite de peau de chamois sur les deux faces pour en rendre le contact plus doux, et d'œillets et de crochets sur les bords, ce qui permet de le lacer et de le délacer à volonté.

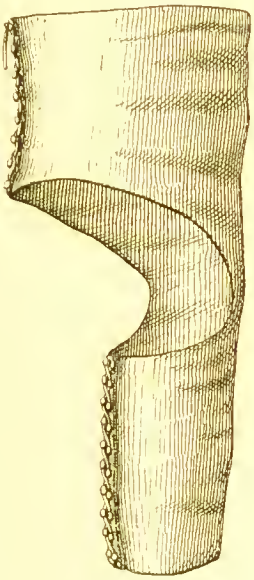


Fig. 34. — Cet appareil n'est pas le même que celui de la figure 33. C'est un appareil pour coxalgie *droite vu par sa face postérieure* (où il a été un peu trop largement échancré).

Voici la chaise dont se servent pour prendre leurs repas ou même leurs leçons les malades

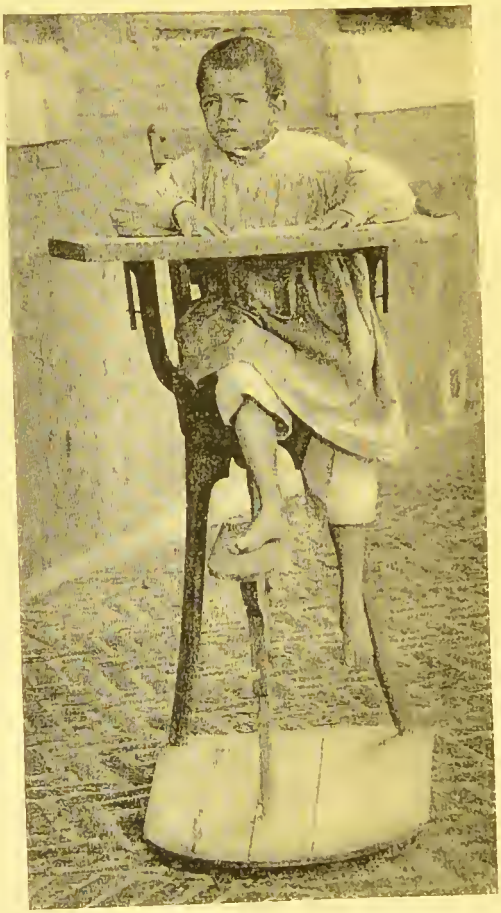


Fig. 35.

qui ont l'appareil silicaté, à la période de la convalescence.

D'autre part, les inconvénients de la pression

du corps sur la hanche seront atténués grâce à l'emploi de béquilles chez les enfants qui

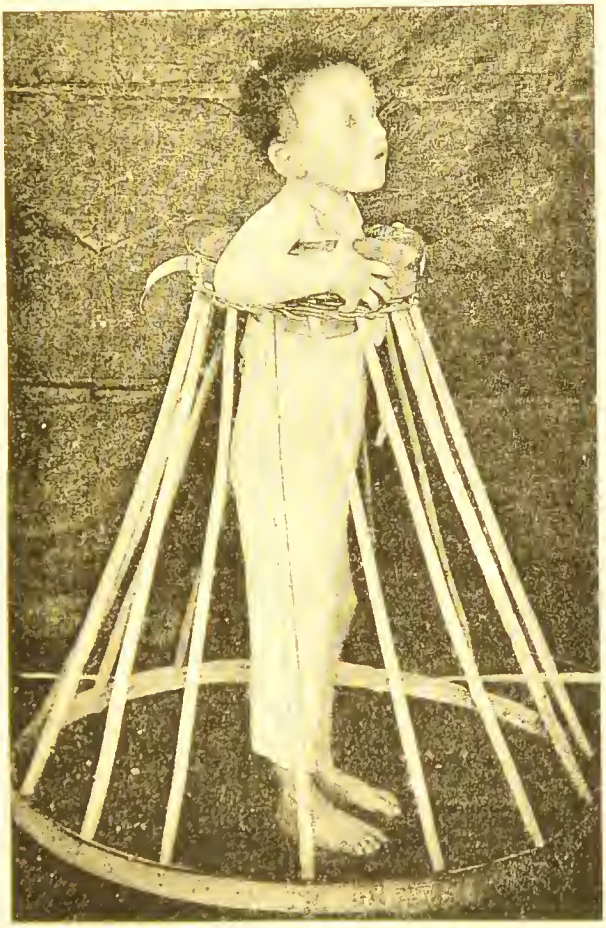


Fig. 36.

comptent au moins quatre ans, et à l'usage d'un chariot soutenant le corps au-dessous des

aisselles, comme celui que nous figurons ici, pour les tout petits enfants qui ne savent pas se servir de béquilles.

L'usage des béquilles et du chariot sera prolongé pendant au moins un an; de même l'usage de l'appareil silicaté. Et pendant cette première année qui suit la disparition des manifestations de la coxalgie, l'enfant sera soumis au même traitement général que si la maladie était encore en pleine évolution.

C'est le meilleur moyen d'empêcher les rechutes.

Celles-ci deviendront, si l'on observe ces préceptes, infiniment rares.

Avons-nous besoin d'insister pour établir la désastreuse influence de tout traumatisme de la hanche (coup ou chute) survenant à cette période?

Sous cette influence, ou sous l'influence d'une maladie intercurrente, la rechute pourra encore survenir, malgré toutes les précautions prises jusqu'alors par le chirurgien et les parents les plus prudents.

Les rechutes se traduisent soit, parfois, par l'apparition presque subite d'un abcès, soit le plus souvent par des élancements douloureux, sans localisation précise, dans le membre inférieur ou la région lombaire et dans certains cas par une douleur simplement nocturne. Mais

l'existence d'une douleur nocturne suffit pour affirmer la rechute. Remettez sans retard cet enfant au repos et à l'immobilisation pour une période d'au moins six mois.

Ces règles s'appliquent à la convalescence de toutes les coxalgies, qu'elles aient été suppurées ou non, traitées par la résection ou par les méthodes conservatrices.

Pendant cette période, l'on pourra faire avec le plus grand profit le massage et l'électrisation des masses musculaires atrophiées.

Une question très délicate se pose ici. Pouvons-nous essayer de rendre à la jointure enraidie ses mouvements? L'ankylose vraie de la hanche, c'est-à-dire la soudure osseuse (complète) des extrémités articulaires, n'existe peut-être jamais à la suite de la coxalgie vraie, de nature tuberculeuse. Il serait donc possible de rendre à cette hanche une certaine mobilité. Mais ces mouvements quotidiens, lorsqu'on leur donne une certaine étendue, sont dangereux.

L'on risque ainsi de ramener une rechute.

En outre, en se plaçant même au point de vue des fonctions principales du membre inférieur, une jambe enraidie est certainement beaucoup plus solide et plus utile au malade pour les exercices de marche prolongée qu'un membre mobile.

Il restera toujours, quoi qu'on fasse, une cer-

taine mobilité obscure de la hanche. La sagesse commande de s'en contenter pour l'instant, bien que le malade doive être un peu gêné pour certaines fonctions et en particulier pour s'asseoir.

Les coxalgiques qui ont guéri, sans recouvrer la totalité des mouvements de la hanche, resteront également moins exposés à ces rechutes éloignées qui peuvent apparaître cinq ans, dix ans, douze ans après la première attente. Ce sont là il est vrai plutôt des récidives que des rechutes vraies....

CHAPITRE XIV

TRAITEMENT DES DÉVIATIONS ET DES RACCOURCISSEMENTS CAUSÉS PAR LA COXALGIE

Ces raccourcissements et ces déviations ne peuvent exister, quelles qu'aient été la forme, la durée, la gravité de la coxalgie, que si le traitement orthopédique a été mal dirigé ou a été abandonné trop tôt.

Lorsqu'on rencontre ces difformités avant que la coxalgie soit guérie, les corriger immédiatement si l'on ne court pas de risques à le faire, mais, s'il s'agit de déviations anciennes et rebelles compliquant des coxalgies suppurées, attendre avant d'intervenir que la cicatrisation et la guérison de la maladie soient complètes.

A toutes ces difformités nous appliquons un traitement uniforme : le *redressement forcé*. C'est le traitement idéal lorsqu'il est applicable. Or nous avons pu l'appliquer à tous les malades qui se sont présentés à nous avec le diagnostic « d'ankylose vicieuse de la hanche ». C'est que l'ankylose vraie, la soudure complète des os de la hanche n'existe peut-être jamais à la suite de la coxalgie tuberculeuse.

Cette méthode est, de toutes, la plus inoffensive et la plus efficace. Nos résultats, dans des raccourcissements de 15 à 20 et 30 centimètres, existent depuis cinq, six, sept ans.

L'on accorde que le chirurgien est responsable des difformités et des attitudes vicieuses qui

succèdent à la tumeur blanche du genou. Nous ne craignons pas de dire qu'il en est de même pour celles que l'on observe à la suite de la coxalgie.

La coxalgie mène naturellement à l'attitude vicieuse. Si, pour la prévenir, on n'a rien fait, la maladie laissera une difformité grave dans la presque totalité des cas ; c'est ce que l'on observait autrefois constamment, si bien que les termes *coxalgie* et *luxation spontanée* du fémur s'employaient alors indifféremment pour désigner la maladie qui nous occupe.

Mais ces déviations ne se voient pas seulement chez les malades, encore trop nombreux, dans la classe pauvre, qui n'ont jamais suivi de traitement, mais encore, quoique atténuées, chez tous ceux qui ont suivi un traitement défectueux ou insuffisant ; sur ceux qui ont été autorisés à marcher avec un appareil, suivant la méthode américaine ; sur ceux qui ont été soumis au seul repos au lit, sans contention de l'articulation coxo-fémorale, et encore, mais moins fréquemment à la vérité, chez ceux qui n'ont été soumis qu'à une immobilisation relative de la hanche : c'est-à-dire qui ont été traités par la gouttière de Bonnet ou un trop petit appareil ou un appareil défectueux, ou par la méthode de l'extension continue....

Et nous avons montré que seule l'immobilisation absolue des deux leviers articulaires

pouvait prévenir, à la hanche comme au genou, les attitudes vicieuses et les raccourcissements fâcheux.

Mais, à côté de ces déviations qui existent déjà au moment où la maladie se termine, il faut signaler celles qui surviennent chez les coxalgiques que l'on avait laissés, guéris, avec un membre droit et utile.... Nous avons dit « laissés », mais « abandonnés » serait plus exact. Ces malades ont été perdus de vue. Peu à peu s'est produite une rupture de l'équilibre musculaire sans que soit survenu cependant un retour offensif de la maladie. Que s'est-il passé ? Les muscles fessiers et les pelvi-trochantériens, qui ont subi toujours plus profondément l'atteinte de la coxalgie, ne peuvent pas lutter contre les fléchisseurs et les adducteurs de la cuisse demeurés relativement indemnes ; ceux-ci deviennent prépondérants et attirent le membre dans le sens de leur action.

Et ces coxalgiques, que le chirurgien avait renvoyés avec un membre droit, lui reviennent, deux, trois ou quatre ans plus tard, avec un raccourcissement énorme et une difformité très pénible.

Ce qui démontre encore la nécessité impérieuse qui s'impose de continuer à surveiller les coxalgiques pendant les années qui suivent l'extinction du foyer morbide.

Nous venons de signaler les déviations qu'on voit chez les coxalgiques « guéris »; mais on reçoit parfois ces enfants difformes avant que la maladie ne soit terminée.

Nous avons déjà indiqué, en faisant l'examen des divers cas qui peuvent se présenter, la conduite qu'impose l'existence de ces attitudes vicieuses au cours de la coxalgie. S'il s'agit de coxalgies non suppurées, le chirurgien doit les corriger sans retard. Mais, dans le cas de coxalgies suppurées, il ne redressera que celles qui ne nécessitent pas des manœuvres longues ou violentes; il se résignera à laisser persister les autres jusqu'à ce qu'on puisse les corriger sans danger..., c'est-à-dire jusqu'à ce que la guérison de la maladie soit bien acquise.

Que pouvons-nous contre ces difformités consécutives à la coxalgie?

Je commence par constater que très peu de chirurgiens cherchent à y remédier. Cette hanche guérie avec une difformité est un *noli me tangere*, et l'on aime cent fois mieux considérer cette lésion comme définitive que de proposer une intervention qui remettrait tout en question; pour la plupart toute tentative faite pour redresser cette hanche guérie à grand'peine serait folie. Ce serait rallumer de gaieté de cœur un foyer mal éteint et rouvrir la porte aux plus

terribles complications dont on n'est jamais sûr de triompher....

J'ai discuté et démontré à la tribune du Congrès de chirurgie (1892) la légitimité de l'intervention chirurgicale en présence de ces difformités; nous avons établi son innocuité et partant la nécessité impérieuse qui s'impose de ne pas se réfugier dans un *non possumus* commode pour nous, mais désespérant pour le malade atteint d'une de ces infirmités lamentables qui sont pour lui une source de tristesse infinie....

Il faut reconnaître que l'abstention est actuellement moins générale que jadis. Et l'on peut lire de temps à autre dans nos Revues la relation d'une ostéotomie faite pour corriger une ankylose vicieuse de la hanche consécutive à la coxalgie.

La section de l'os affecte diverses formes et se fait à des niveaux différents suivant les cas.

L'ostéotomie a supplanté la rupture du col fémoral pratiquée autrefois par Nélaton père, et la résection de la hanche proposée également pour remédier à ces difformités.

Il est également des chirurgiens qui opposent à ces raccourcissements anciens des tractions soit continues, soit même seulement nocturnes, de plusieurs livres, pendant des années!... sans avoir jamais pu, du reste,

amener par ce moyen un allongement d'un millimètre....

Pour nous, que l'étude de cette question des difformités et des raccourcissements consécutifs à la coxalgie a beaucoup occupé depuis plusieurs années[1], nous corrigeons toutes ces déviations, quels que soient leur forme, leur ancienneté, leur degré, par la méthode du *redressement forcé*.

L'on nous accordera, j'espère, que c'est là le traitement véritablement idéal, lorsqu'il est applicable. Il est en effet beaucoup plus inoffensif que l'intervention sanglante et donne un bénéfice sensiblement plus considérable.

J'ai longuement exposé ailleurs[2] les arguments et les faits qui doivent appuyer ces assertions.

Mais la raison de la préférence donnée à l'ostéotomie sur ce traitement élémentaire et, si je puis ainsi dire, banal, le *redressement simple*, ne se trouve pas, ce me semble, dans la gravité ou l'inefficacité de celui-ci. Ce qui le prouve, c'est que, dans toutes ou presque toutes

1. Du traitement des luxations spontanées du fémur survenues dans le cours d'une coxalgie (6e Congrès français de chirurgie, 1892, — 23 observations *in* thèse du Dr Quettier. Lille, 1895. — Sur la correction des grands raccourcissements consécutifs à la coxalgie, *in* Revue d'orthopédie, mars et mai 1895.

2. *In* Revue d'orthopédie, mai 1895.

les observations d'ostéotomie, le chirurgien a la précaution de dire que chez son malade le redressement était devenu impossible par suite de la soudure osseuse, complète, des extrémités articulaires déplacées.

Eh bien, c'est ce fait anatomique, la soudure osseuse complète entraînant l'impossibilité du redressement, que je viens mettre en doute, au risque de soulever une protestation universelle. Je précise en disant que je veux parler exclusivement de l'ankylose vicieuse de la hanche à la suite de l'arthrite tuberculeuse, à la suite de la véritable coxalgie.

Dans ces conditions où l'extrémité supérieure du fémur répond à un point de l'os iliaque autre que la cavité cotyloïde, la soudure osseuse complète n'existe jamais.

Je n'en ai tout au moins jamais trouvé un seul cas chez les très nombreux coxalgiques que j'ai pu voir à Berck.

Par contre, j'ai cru maintes et maintes fois, après un premier examen des malades qui m'étaient conduits avec le diagnostic d'ankylose de la hanche, me trouver enfin en présence du cas tant cherché d'ankylose vraie.

Pour m'en assurer, j'ai refait l'examen de ces malades sous le chloroforme; et, dans ces conditions, un aide fixant solidement le bassin, j'ai toujours pu développer quelques mouvements,

plus ou moins obscurs, des deux leviers articulaires.

Et que l'on ne vienne pas nous dire qu'au point de vue pratique il n'y a pas lieu d'établir de distinction entre la soudure osseuse complète et l'ankylose fibreuse, ou même ostéo-fibreuse très serrée.

Il y a, au contraire, un intérêt majeur à différencier absolument ces états anatomiques.

Dans le premier cas, l'intervention sanglante s'impose.

Dans le deuxième, il suffit de développer les mouvements obscurs de la jointure pour arriver, par une intervention non sanglante, à la correction de la difformité.

Ainsi donc, lorsqu'on nous parle d'ankylose vicieuse de la hanche, ou bien la soudure des os n'est pas complète, ou bien l'ostéo-arthrite qui a précédé n'était pas tuberculeuse, mais infectieuse (que cette infection ait succédé à une fièvre éruptive ou à la blennorrhagie), ou encore ostéo-myélitique, ou rhumatismale, ou traumatique.

L'ankylose osseuse de la hanche n'est pas rare, en effet, à la suite des ostéo-arthrites non tuberculeuses de la jointure.

Cela dit, le procédé dont je me sers pour corriger les grands raccourcissements de mes malades est connu : *c'est le redressement*, que

j'ai pu faire chez tous les coxalgiques qu'on m'a conduits depuis trois ans, quelque ancienne que fût leur difformité.

MANUEL OPÉRATOIRE DU REDRESSEMENT.

Je vais exposer en quelques lignes les détails un peu particuliers de ma technique opératoire. Nous n'opérons actuellement, pour des raisons déjà exposées, que les coxalgiques « guéris ». La peau ne présente donc plus de solutions de continuité, et l'on peut se passer de faire une toilette antiseptique rigoureuse de la région opératoire. On la fait cependant d'une façon sommaire, pour le cas où il se produirait sous les pressions énergiques des aides chargés de maintenir le bassin, ou encore à la suite des tractions violentes de l'opérateur, quelques fissures cutanées, ce qui se voit quelquefois au niveau du pli inguinal, où la peau, très rétractée, est fortement distendue par les manœuvres du redressement.

Le malade étant endormi jusqu'à la résolution complète, un aide est chargé de faire la contre-extension en saisissant les deux épaules, tandis que deux autres aides fixent de leur mieux le bassin du malade sur la table d'opération.

Je préfère cette fixation intelligente des aides

à l'action brutale d'un appareil en forme d'étau que l'on pourrait employer à la rigueur.

Me tenant en dehors ou en dedans du membre, suivant qu'il s'agit du côté droit ou du côté gauche, je saisis la jambe d'une main et la cuisse de l'autre, ou bien, appuyant la jambe sur mon épaule, j'embrasse la partie moyenne de la cuisse avec mes deux mains, et je cherche à mobiliser la jointure.

Je procède avec lenteur et avec méthode, commençant par exagérer la flexion de cette cuisse déjà très fortement fléchie, puis cherchant à l'étendre et répétant cette manœuvre très patiemment pendant plusieurs minutes. Ce n'est parfois qu'après deux ou trois minutes que l'on arrive à percevoir des mouvements bien nets dans cette jointure enraidie.

Ces alternatives de flexion et d'extension s'accompagnent presque toujours, pour l'opérateur, d'une sensation de rupture des attaches fibreuses ou ostéo-fibreuses; la rupture de ces dernières peut amener de véritables craquements perceptibles pour tous les assistants.

Et l'on répète ces manœuvres, très doucement, très patiemment, en tirant à soi légèrement le fémur, de manière à ne pas laisser buter son extrémité supérieure sur le bassin, sans quoi l'on risquerait fort de produire une fracture.

Puis, dès que ces mouvements de flexion et d'extension ont pris un certain développement, on leur associe des mouvements d'adduction et d'abduction.... Ces progrès, lents au début, deviennent bientôt très appréciables à chaque nouvel effort; on sent les divers tissus, peau, tendons, muscles, attaches fibreuses ou scléreuses, se distendre ou se rompre suivant que ces tissus sont élastiques ou pas.

Ces manœuvres sont fatigantes; et, pour peu que la déviation soit ancienne, le même opérateur ne peut pas les continuer sans interruption jusqu'à ce qu'elles aient donné un résultat complet.

Un aide expérimenté me remplace pendant dix à quinze minutes, et je surveille pendant ce temps les progrès du redressement.

Les aides doivent être expérimentés et patients; sinon, ils veulent pousser d'emblée jusqu'à leurs extrêmes limites la flexion et l'extinction, ou bien ils oublient de tirer le fémur à eux en le portant dans les diverses directions, et subitement un craquement formidable se produit, annonçant que le fémur s'est brisé.

Sur nos vingt et un cas, cet accident nous est arrivé trois fois, et je me permets de faire remarquer que ce n'est jamais entre mes mains,

mais toujours entre les mains de mes aides que la fracture s'est produite.

L'on doit cesser évidemment toute manœuvre lorsque pareil accident survient.

Dans le cas contraire, on les continue jusqu'à ce que le fémur soit revenu à la rectitude complète : résultat qui demande parfois, pour être obtenu, trente-cinq à quarante minutes d'efforts persévérants.

Mais ces grands raccourcissements reconnaissent d'autres facteurs que l'attitude vicieuse : c'est l'atrophie du squelette du membre malade, et c'est la luxation ou la subluxation du fémur.

Si nous ne pouvons rien contre l'atrophie, nous ne sommes pas complètement désarmés contre le déplacement en haut du fémur, c'est-à-dire contre la luxation.

J'aurai à revenir longuement sur ce point si controversé. En attendant, je demande au lecteur de vouloir bien accorder ce postulatum, ce qui me permettra de continuer l'exposé de la technique opératoire.

Dès que ces manœuvres d'assouplissement dont j'ai parlé sont terminées, manœuvres qui ont pour but et pour résultat de rompre progressivement les adhérences périphériques, j'exerce dans la direction de l'axe du corps, pour rompre les adhérences centrales qui re-

tiennent encore le fémur au-dessus de la ligne de Nélaton, les tractions les plus vigoureuses que je puisse faire.

L'on peut imprimer au fémur quelques mouvements de flexion ou de latéralité en même temps qu'on le tire à soi; mais on doit, pour arriver à un résultat, tirer à soi avec la plus grande vigueur, je dirai même avec une réelle violence.

C'est bien le temps le plus pénible et le plus délicat de l'opération.

L'on appelle à son secours, pour faire ces tractions, un aide vigoureux à qui l'on abandonne le pied et la jambe, en lui recommandant de les maintenir toujours dans l'axe de la cuisse, tandis que l'opérateur se réserve de tirer lui-même sur le fémur et de conduire les manœuvres.

Après des tractions ainsi faites pendant un temps variable suivant les cas, 5, 10, 15, 20 minutes, le grand trochanter, qui était fixé plus ou moins haut dans la fosse iliaque externe depuis une ou plusieurs années s'abaisse.

Il descend de plus en plus, très lentement il est vrai; mais si l'on continue pendant encore dix à quinze minutes à partir de ce moment les tractions si vigoureuses, si violentes que nous avons décrites, ce grand trochanter, qui était

au début de l'opération à 4, 5, 6 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton, vient à la fin effleurer cette ligne.

Est-ce à dire que nous croyons à ce moment avoir obtenu une véritable réduction de la luxation du fémur?

Loin de nous une pareille prétention! Cette correction n'est pas plus une réduction vraie que ce déplacement en hauteur du fémur n'est une vraie luxation.

Les extrémités articulaires sont ici déformées et ne peuvent à peu près jamais (nous dirions jamais si nous n'avions pas observé un cas prouvant le contraire) s'adapter exactement l'une à l'autre.

Je ne veux donc pas soutenir que la tête fémorale va se loger de nouveau dans la cavité cotyloïde, il n'y a plus, dans presque tous les cas, ni tête, ni cavité....

Mais l'ascension du fémur sera corrigée (nous dirons plus loin si la correction se maintient intégralement), et le grand trochanter répondra à la ligne de Nélaton, le fémur étant fléchi à 45 degrés.

Dès que ce résultat est obtenu, les tractions sont terminées, mais non l'opération.

Il est évident que si l'on abandonnait en liberté un membre aussi violemment meurtri, l'on s'exposerait à de graves dangers.

1° Danger d'une inflammation suraiguë de la région de la hanche;

2° Danger de voir l'attitude vicieuse se reproduire;

3° Danger de voir le fémur remonter à sa place première au-dessus de la ligne ilio-ischiatique.

L'enfant étant toujours maintenu en résolution complète, on l'immobilise immédiatement dans un grand appareil plâtré.

Pendant que j'applique cet appareil, un aide est chargé de tirer très légèrement sur le membre inférieur en le portant dans une abduction de 30 à 35 degrés. « Grâce à cette abduction, disait Bonnet, le fémur ne tend plus à remonter sur l'os des iles. » Je ne partage pas entièrement cette généreuse confiance, mais il est certain que, dans cette position, le fémur tend beaucoup moins à remonter, et prend au niveau, ou très près de la ligne ilio-ischiatique, un point d'appui où il pourra parfaitement se fixer.

Après quelques minutes d'attente, huit à dix, le plâtre est solide, et l'enfant peut être transporté dans son lit.

L'opération a duré une heure et quart ou une heure et demie. Mais cette durée dépend de l'ancienneté de la difformité; elle varie également suivant qu'il s'agit d'une simple attitude vicieuse ou d'une luxation.

Dans le premier cas, l'on arrive dans un temps relativement court, c'est-à-dire dans moins de quarante minutes (même lorsqu'il s'agit de difformités datant de plusieurs années), à une correction complète.

Dans le deuxième, les tractions doivent être beaucoup plus violentes et plus longues, pour amener l'abaissement du fémur.

Nous n'avons jamais été obligé de prolonger nos manœuvres au delà d'une heure et quart; cela est fort heureux, étant donné l'état général, souvent précaire, de ces enfants difformes.

Qu'est-ce donc que notre procédé opératoire, sinon une application de la méthode générale de Bonnet, application que l'on peut faire à tous les cas sans exception de déviations et de raccourcissements consécutifs à la vraie coxalgie (d'origine tuberculeuse).

Je n'ai rien dit de la ténotomie des muscles rétractés; c'est que j'estime que l'on peut et que l'on doit s'en passer.

La ténotomie serait *dangereuse* après les manœuvres violentes que nécessite le redressement.

Elle est *inutile*. En prolongeant les manœuvres, avec beaucoup de patience et de méthode, nous sommes arrivés chez nos derniers malades à une correction complète de l'attitude

vicieuse, aussi complète tout au moins que le permettait l'atrophie du membre.

Et puis encore la ténotomie, faite en pareil cas, ne doit-elle pas laisser des troubles fonctionnels considérables, à raison de l'écartement énorme des tronçons des muscles sectionnés, écartement trop grand pour qu'ils puissent se réunir jamais!...

Ainsi donc, nous proscrivons d'une manière absolue la ténotomie.

Nous venons de dire qu'avec de la patience et du temps l'on pouvait arriver toujours à corriger la difformité. Mais il est malheureusement des malades trop débilités pour que l'on puisse sans imprudence les soumettre à des manœuvres trop prolongées.

Ainsi, sur nos coxalgiques, il en était trois qui avaient en outre un mal de Pott intéressant plusieurs vertèbres. Nous les avons opérés; mais nous n'avons pas osé les exposer aux inconvénients d'une chloroformisation ou des tractions par trop longues. Et chez eux, dès que l'attitude vicieuse a été corrigée, dès que la jambe a été ramenée à une bonne position, nous avons presque immédiatement terminé l'opération, bien qu'il existât encore chez tous les trois une grande ascension du fémur.

Rien ne nous prouve absolument que nous n'aurions pas pu chez eux, comme chez les

autres malades, arriver sans accident à ramener le bord supérieur du grand trochanter jusqu'au niveau de la ligne de Nélaton.

Nous croyons cependant avoir agi sagement en ne prolongeant pas davantage, chez des enfants de résistance aussi faible, les manœuvres si violentes que nécessite la recherche d'un résultat complet.

TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE

Mais nous n'avons encore rien dit du traitement consécutif à l'opération.

Il est très simple. Le malade n'ayant plus de fistules, l'appareil n'a pas besoin d'être enlevé dans les jours qui suivent l'intervention, ce qui serait du reste désastreux et amènerait fatalement un retour de la difformité. Et c'est là l'une des raisons pour lesquelles nous ne voulons plus opérer ces malades avant que toute suppuration ne soit tarie.

Le premier appareil est donc laissé en place pendant un temps qui varie de trois à six mois, suivant l'état du malade et l'état de l'appareil. En aucun cas, on ne le laisse plus longtemps. L'état du membre est noté à ce moment : jamais nous n'avons trouvé de trace d'un travail inflammatoire soit dans la jointure, soit dans les tissus péri-articulaires ; mais nous reviendrons sur ce point.

L'on se rend compte de la solidité des adhérences déjà contractées par le fémur dans sa nouvelle position; mais comme ces adhérences ne sont pas encore suffisantes pour permettre à l'enfant de marcher sans risque de récidive, le premier appareil est remplacé par un deuxième appareil plâtré exactement semblable, à cela près que l'abduction donnée au membre est réduite de plus de moitié, et que celui-ci ne forme plus, par conséquent, qu'un angle de 15 à 20 degrés avec l'axe prolongé du corps.

Le deuxième appareil reste en place pendant trois, quatre ou cinq mois.

Ce n'est qu'au dixième ou au douzième mois, parfois même au quinzième, suivant le degré de fixité du fémur sur l'os iliaque, que nos malades sont autorisés à marcher.

Ils font leurs premiers pas, maintenus par un tuteur silicaté, avec l'aide de béquilles.

Dix-huit à vingt mois après l'opération, on peut les laisser en liberté; mais ils doivent être l'objet d'une surveillance régulière pendant encore de longs mois.

Ils se trouvent dès lors dans la situation de coxalgiques guéris avec un membre droit et utile.

Mais ceux-ci n'ont-ils pas besoin d'être surveillés pendant longtemps? Et n'a-t-on pas vu des déviations secondaires survenir, longtemps

après la disparition de tous les phénomènes aigus, par rupture de l'équilibre musculaire?[1]

RÉSULTATS DE L'OPÉRATION. INCIDENTS ET ACCIDENTS

Suites immédiates de l'opération. — Les suites immédiates de l'opération sont d'une bénignité extraordinaire, d'une bénignité qui ne laisse pas que d'étonner, je l'avoue, tous ceux qui ont assisté à de pareilles interventions.

Le petit malade accuse généralement quelques douleurs, mais elles sont presque toujours évanouies dès le lendemain. Il s'agit là des douleurs causées par les manœuvres opératoires. Dans les jours qui suivent, le petit malade peut souffrir d'une douleur occasionnée par les épanchements ecchymotiques qui, venant fuser dans la grande lèvre ou le scrotum, amènent un gonflement assez sensible de ces tissus lâches.

La température est restée normale dans dix-sept cas sur vingt et un.

Chez quatre de nos malades, elle est montée

1. Nous soignons en ce moment même un homme de trente-trois ans, guéri de sa coxalgie depuis quatorze ans, sans raccourcissement appréciable. Il a pris un embonpoint extraordinaire depuis un an, ce qui a changé la direction de l'axe de gravité et modifié la statique du corps, et sa cuisse s'est fléchie secondairement, sans qu'il se soit produit cependant un retour offensif de la coxalgie.

à 38 degrés pendant le premier septénaire, puis redescendue à 37 degrés.

Nous n'avons pas observé davantage des accidents éloignés.

Nous n'avons jamais vu chez nos vingt et un malades d'abcès articulaire ou péri-articulaire, à la suite de l'opération.

Le fait nous paraît d'autant plus extraordinaire que, chez quelques-uns d'entre eux, je l'ai dit, de vieilles suppurations n'étaient taries que depuis un à deux mois, et, dans un cas, depuis quinze jours à peine.

Combien ce résultat est déconcertant au premier abord pour qui admet avec les auteurs classiques la fréquente réapparition des abcès à la suite du plus léger traumatisme sur les hanches atteintes autrefois de coxalgie suppurée. Il est vrai que l'immobilisation du malade qui vient de subir ce traumatisme chirurgical est assurée d'une manière parfaite, grâce à l'appareil plâtré.

Nous n'avons à signaler qu'un seul accident éloigné, une méningite qui est venue, trois mois après l'opération, enlever un de nos malades.

Doit-on rapporter cette mort au troisième mois par méningite à l'opération qu'il a subie?

Je ne sais. Sans vouloir prendre parti pour ou contre, je signalerai un fait tout récent, observé par moi à l'hôpital Rothschild. Le ma-

tin même du jour fixé pour le redressement, l'enfant présenta un peu de fièvre. L'intervention fut remise à plus tard, et quelques jours après, l'enfant succombait à une méningite tuberculeuse. Les coxalgiques qui n'ont pas subi d'intervention sont donc, comme les autres, exposés au danger de la méningite.

CORRECTION AMENÉE PAR L'OPÉRATION

Nous allons donner d'abord les chiffres du raccourcissement présenté par nos malades un à trois ans après l'intervention. Nous dirons l'état des fonctions du membre chez ceux qui sont laissés en liberté dès maintenant.

Le raccourcissement primitif était en moyenne de 15 à 20 centimètres et chez deux d'entre ces malades atteignait même 28 et 33 centimètres. Leur impotence était absolue depuis quatre et sept ans.

Le raccourcissement actuel, chez les dix-huit malades opérés depuis plus d'un an, est *de moins de deux centimètres chez six malades; de deux à quatre centimètres chez six malades; de quatre à six centimètres chez le dernier tiers* (*six malades*).

D'où viennent ces différences dans le résultat? De ce que les trois facteurs du raccourcissement ont une importance respective bien variable suivant les cas. Or, tandis que l'un des facteurs,

l'attitude vicieuse, peut être intégralement corrigé, le deuxième, la luxation, ne l'est qu'en partie, et l'atrophie (troisième facteur) reste ce qu'elle était, s'augmente même parfois, mais de quelques millimètres seulement, sous l'influence de la longue compression de l'appareil plâtré.

C'est donc à l'atrophie qui persiste toujours ou s'augmente, et à la luxation dont la correction ne peut pas être maintenue d'une manière parfaite, qu'est dû ce raccourcissement qui survit, si je puis ainsi dire, à l'intervention chirurgicale.

L'atrophie avait atteint, chez certains de ces malades depuis longtemps difformes, une valeur de 3 centimètres ou 3 centimètres un quart.

Que l'on veuille bien se souvenir, d'autre part, qu'il est des cas où la luxation n'a été que très légèrement corrigée; ou bien parce que je n'y pouvais rien, une fracture du fémur survenue sous notre pression rendant inutile tout nouvel effort, ou bien parce que je n'ai pas voulu rechercher cette correction, n'osant pas prolonger de pareilles tractions chez des coxalgiques atteints en outre de mal de Pott; et l'on s'expliquera ainsi facilement que six de nos malades aient gardé des raccourcissements de 4 à 6 centimètres.

Chez tous les autres, le raccourcissement persistant est inférieur à 4 centimètres.

C'est que chez eux le fémur a pu être abaissé jusqu'au niveau de la ligne de Nélaton, à quelques millimètres près.

S'y est-il maintenu? Pas complètement, mais jamais non plus nous ne l'avons vu remonter à sa hauteur première.

Il n'y a pas ici emboîtement des deux extrémités articulaires; le fémur ne sera pas arrêté par un rebord osseux comme cela existe après la réduction d'une luxation traumatique, mais la traction énergique à laquelle le membre est soumis jusqu'à la dessiccation du plâtre, et surtout l'abduction de 30 à 35° imposée au fémur par l'appareil pour une année entière, obligent l'extrémité supérieure de l'os à contracter ses nouvelles adhérences, sinon au niveau même, du moins très près de la ligne de Nélaton.

Si donc la correction n'est jamais mathématiquement parfaite, le bénéfice est toujours très considérable, et dans certains cas presque invraisemblable, comme on le verra par la lecture des observations[1].

L'intervention a pu supprimer, chez presque tous les malades pour qui il nous a été permis de pousser jusqu'au bout les manœuvres de

1. *Loco citato.*

réduction, les trois quarts du déplacement en hauteur du fémur.

Il serait banal d'ajouter ici que le traitement consécutif à l'opération est de la dernière importance pour maintenir le bénéfice acquis par l'intervention.

Résultat fonctionnel. — L'amélioration de l'état fonctionnel du membre n'est pas toujours parallèle à la correction du raccourcissement.

Il est bien d'autres éléments à considérer : *la direction du membre* (surtout), *l'inclinaison compensatrice du bassin et du rachis, la vigueur des muscles de la région, la souplesse de la jointure nouvelle.*

Si nous considérons au point de vue fonctionnel les malades de nos dix-huit premières observations (les autres sont encore au repos), nous comptons :

a) Trois résultats parfaits, sans boiterie appréciable.

b) Sept résultats très bons.

c) Six résultats simplement bons.

d) Enfin deux résultats médiocres. Les malades n'ayant été que peu ou pas améliorés par l'intervention.

En somme nous pouvons dire que le bilan de nos résultats est excellent. Quelles raisons invoquer dès lors pour préférer l'ostéotomie au redressement?

1° *L'impossibilité de faire le redressement?* — Nous avons déjà dit que nous n'avions jamais rencontré cette impossibilité : que sur les trente à quarante malades par nous visités depuis quatre ans, chez qui d'autres chirurgiens avaient fait le diagnostic d'ankylose vicieuse de la hanche à la suite de coxalgie, l'examen approfondi du sujet, fait sous le chloroforme, a révélé que la soudure des deux os n'était pas complète.

2° *La gravité moins grande de l'ostéotomie?* — Mais à qui ne fait pas en même temps la ténotomie, le redressement ne réserve jamais de mécompte, si nous en croyons nos observations, même lorsqu'il est nécessaire de recourir aux tractions les plus énergiques.

Peut-on en dire autant de l'ostéotomie? Sans doute il serait injuste de vouloir juger cette méthode sur les chiffres donnés par Campenon : 5 morts opératoires sur 46 ostéotomies.

Mais la gravité de cette intervention sanglante faite par le chirurgien le plus avisé ne pourra jamais être moindre que celle du redressement méthodiquement conduit.

3° *La longueur du traitement post-opératoire et les dangers de la récidive après le redressement?* — Oui, peut-être. Il est certain que nos opérés ont besoin d'être longtemps suivis.

Après deux mois, la consolidation osseuse est

complète chez les ostéotomisés, mais n'ont-ils pas besoin eux-mêmes de surveillance? Le danger de voir la mauvaise attitude revenir ou s'accentuer ne persiste-t-il pas chez eux, puisque l'ankylose n'est jamais complète?

Dans le cas si intéressant de mon maître le professeur Terrier[1], M. Hennequin signale comme une circonstance heureuse la possibilité de mobiliser « l'ankylose » coxo-fémorale après la guérison de la plaie de l'ostéotomie.

Mais alors l'attitude vicieuse pourra se reproduire et bien plus facilement que si le malade avait été redressé, parce que, après l'ostéotomie, la transmission du poids du corps continue à se faire obliquement sur le fragment supérieur et que, après le redressement, cette transmission se fait directement (ou à peu près) sur le fémur.

4° *Les résultats du redressement seraient-ils inférieurs à ceux de l'ostéotomie?* — Il est nécessaire de considérer successivement le résultat physique, c'est-à-dire la correction du raccourcissement et le résultat fonctionnel.

Le redressement s'adresse à deux des facteurs du raccourcissement : la luxation du fémur et l'attitude vicieuse.

L'ostéotomie ne vise que ce dernier facteur.

1. In *Revue d'orthopédie* 1892.

A n'envisager même que la valeur des deux méthodes pour remédier à la seule attitude vicieuse, le redressement conserverait la supériorité. Ceci ne peut pas être sérieusement contesté. Après le redressement, le fémur forme une ligne droite; après l'ostéotomie, une ligne brisée, et dans les grands raccourcissements la coudure sera très brusque et la perte de longueur très notable.

Oui, nous dira-t-on, cette perte de longueur succède forcément à l'ostéotomie transversale ou cunéiforme, mais non pas à l'ostéotomie oblique d'Hennequin qui, par le glissement des deux fragments l'un sur l'autre, donne un allongement assez appréciable.

Je ne crois pas qu'après les vieilles déviations dont nous nous occupons ici, le bénéfice puisse être aussi grand que l'a espéré M. Hennequin : les points de contact des deux segments doivent être assez nombreux, si l'on ne veut pas courir le risque d'une non-consolidation osseuse; et il me paraît impossible d'admettre que dans les difformités prononcées, ce bénéfice puisse être jamais égal à la perte de longueur que l'os subit de par sa coudure angulaire.

Dans le cas de notre maître, le professeur Terrier, M. Hennequin évalue à 2 centimètres l'allongement obtenu grâce à l'obliquité de l'incision.

Il est certain que chez ceux de nos coxalgiques où le fémur était fléchi à angle droit sur le bassin, la perte de longueur provenant de la coudure de l'os après l'ostéotomie serait bien supérieure à ce chiffre de 2 centimètres.

Et c'est malheureusement dans ces cas de déviations très accusées où cet allongement compensateur devrait être le plus considérable, qu'il le sera le moins, les deux segments ne pouvant pas, dans ce cas, glisser l'un sur l'autre sans que l'on s'expose à la non-consolidation.

Or, une pseudarthrose qui surviendrait dans ces conditions laisserait une impotence très notable du membre : le segment supérieur ne pourrait pas transmettre au fragment inférieur le poids du corps, la correspondance n'existant plus entre les deux segments.

Mais si nous rappelons que l'on obtient en outre par le redressement une correction définitive de plus de moitié de la luxation du fémur, nous avons démontré que l'ostéotomie ne peut pas lui être comparée au point de vue de la correction du raccourcissement du membre.

Mais le résultat fonctionnel que laisse la section de l'os sera-t-il du moins supérieur à celui qu'on peut attendre du redressement? On l'a soutenu, en disant que l'ostéotomie permettait de donner au membre une forte abduction et

entraînait de ce fait une notable inclinaison du bassin.

Je répondrai tout d'abord par ce fait d'observation. Ceux de mes malades chez qui s'est produite la rupture de l'os dans la région sous-trochantérienne marchent beaucoup moins bien que les autres.

En second lieu, je ferai remarquer que si le segment inférieur du membre se trouve dans une forte abduction, tandis que le segment supérieur est placé en adduction marquée, il y aura, par suite de cette coudure, une perte de longueur assez notable.

Enfin, puisque lorsqu'on nous parle surtout d'inclinaison compensatrice du bassin, qui va se produire à la suite de l'ostéotomie, il faudrait nous entendre une bonne fois sur le secours qu'il en faut attendre; elle ne peut exister qu'au prix d'une déviation secondaire de la colonne vertébrale, et lorsque cette inclinaison doit compenser un raccourcissement de plus de 2 centimètres, elle se traduira par une déviation visible.

En somme, c'est la substitution d'une difformité à une autre, et je crois avec Malgaigne « qu'il y a le plus grand intérêt à s'opposer à des courbures vertébrales qui déplacent et compriment les viscères et peuvent définitivement déformer le tronc tout entier et le bassin. Pour

cela, ajoute-t-il, il faut se décider à laisser

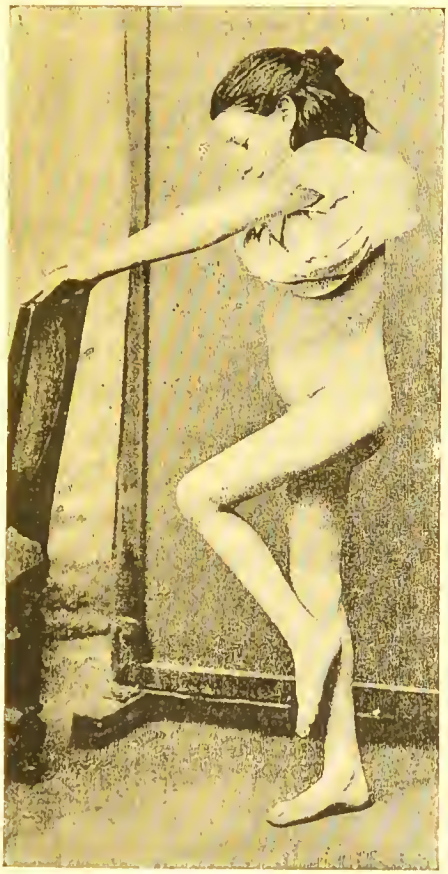


Fig. 37. — Anna Merfer. Hôpital Cazin-Perrochaud. Raccourcissement de 22 centimètres datant de sept ans, et consécutif à une coxalgie suppurée (on retrouve la trace de 5 fistules).

subsister la déviation du membre inférieur et le soutenir dans sa nouvelle position. »

Il ne faut demander, à mon avis, à cette incli-

naison compensatrice que de corriger de petits raccourcissements de 2 à 2 centimètres et demi. C'est parfois le même chirurgien qui, pour éviter le port d'une chaussure orthopédique chez les malades dont je parle, laisse se produire une déviation rachidienne et qui, mis en présence d'une scoliose, n'hésite pas, pour remédier à une inclinaison vertébrale à peine dessinée, à

Fig. 38. — La même. A été opérée il y a trois mois. Est encore au repos. Cette figure représente son état après l'enlèvement du premier appareil. On a appliqué le deuxième appareil immédiatement après.

faire porter à l'enfant, si l'un des membres inférieurs est plus court que l'autre de 1 centimètre, un soulier à talon surélevé.

Du reste, cette légère abduction devant amener une inclinaison légère du bassin, la seule que l'on doive rechercher et conserver, on peut la donner au membre après le redressement forcé. Les mouvements de latéralité étaient si développés à la fin de la séance opératoire, chez nos malades, que l'on pouvait facilement porter le fémur dans une abduction de

près de 90°, même dans les cas où la luxation iliaque n'avait été que partiellement corrigée.

Fig. 39. — Esther Muschlag. Hôpital Rothschild. Enfant opérée pour un raccourcissement de 10 centimètres 1/2 datant de un an et demi et consécutif à une coxalgie suppurée. Cette figure représente l'enfant deux ans après l'opération.

L'on ne peut donc pas raisonner sur les attitudes subordonnées à ces luxations d'après ce

Fig. 40. — La même, vue de face.

qui se passe dans le cas de luxations traumatiques. Ne savons-nous pas que la rotation externe du membre, par exemple, a été presque

aussi fréquemment observée que la rotation interne chez nos malades?

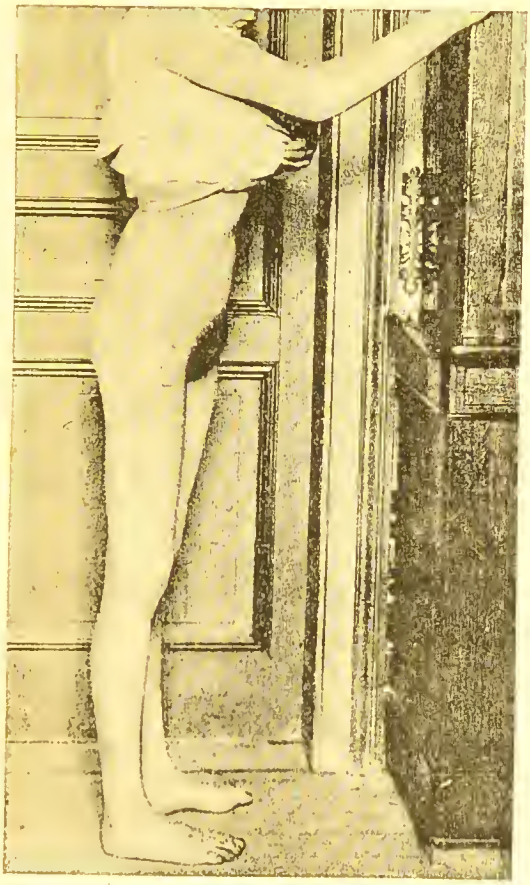


Fig. 41. — Lucie M.... Hôpital Cazin-Perrochaud. Opérée pour un raccourcissement de 22 centimètres datant de cinq ans, consécutif à une coxalgie droite suppurée (la malade avait en même temps un mal de Pott lombaire). Cette figure représente cette jeune fille deux ans et demi après l'opération.

Notre maître et ami M. Hennequin escompte les mouvements que l'on pourra développer, après l'ostéotomie, dans la hanche « ankylosée », mouvements qui doivent améliorer les fonctions du membre.

Mais cette mobilité relative de l'articulation n'est-elle pas beaucoup plus facile à obtenir après le redressement? Et si on l'assurait après l'ostéotomie à l'aide de quelques manœuvres légères, c'est que cette hanche n'était vraiment pas ankylosée avant l'intervention chirurgicale, et que son redressement n'était dès lors pas impossible, comme on le disait.

Ainsi donc, au point de vue de l'état fonctionnel du membre, après les deux opérations, le redressement forcé conserve encore sa supériorité sur l'ostéotomie.

Que conclure de tout cela, sinon que les difformités avec de grands raccourcissements laissés par la coxalgie sont justiciables du redressement forcé, et que cette méthode thérapeutique est, de toutes celles qu'on a proposées pour remédier à ces difformités, la plus inoffensive et la plus efficace[1].

1. Tout récemment, j'ai recouru chez deux coxalgiques, guéris avec des luxations iliaques très hautes, à une nouvelle méthode.

Ouvrant la région de la hanche par l'incision qui me sert pour la résection, je suis allé creuser au niveau de l'ancienne cavité cotyloïde, presque entièrement comblée, une cavité nou-

velle très profonde; et abaissant ensuite la tête fémorale luxée, je l'ai réduite dans cette cavité.

Ces deux opérations m'ont donné les résultats immédiats parfaits qu'on pouvait souhaiter; c'est-à-dire que la réduction de la tête à sa place normale est bien assurée, et la direction du membre devenue par suite absolument correcte.

Chez le premier malade, la plaie opératoire a guéri par première intention. Le deuxième est opéré depuis six jours seulement, et n'a pas encore été pansé, n'ayant pas de fièvre.

La correction se maintiendra-t-elle? Je l'espère. Mais le deuxième malade se trouve dans des conditions bien meilleures que le premier; parce que chez le premier la tête fémorale était réduite à un petit appendice, tandis qu'elle avait conservé chez le deuxième une forme et un volume presque normaux....

CHAPITRE XV

APPENDICE

STATISTIQUE

Des coxalgies soignées par nous depuis près de deux ans.

1° *Coxalgies non suppurées*. 97
(Avec ou sans attitude vicieuse.)

a) Guéries ou en voie de guérison sans complication actuelle. 92

b) Passées à la suppuration. 4
(Abcès fermé.)

c) Terminée par la mort. 1
(Méningite.)

2° *Coxalgies suppurées*. 49
(Abcès fermé.)

a) Guéries 45
Par résorption de l'abcès. 7
Par les injections de naphtol. . . 26
Par les injections de glycérine iodoformée. 2
Par l'extirpation radicale. 10

b) Devenues fistuleuses. 4

3° *Coxalgies fistuleuses*. 33

a) Guéries 18

(Sous l'influence des pansements antiseptiques aidés de petites interventions.)

b) Dans lesquelles la fistule ou les fistules ne sont pas encore fermées. . 10

c) Terminée par la mort 1

(A la suite d'accidents urémiques.)

d) Réséquées. 4

De ces quatre malades réséqués :
2 sont guéris;
1 suppure encore;
1 est mort de méningite.

4° *Coxalgies guéries avec des difformités*. . . . 24

a) Redressés. 16

Dont 15 bons résultats (voir le chapitre précédent), et 1 mort par méningite au troisième mois. (Je rappelle que je ne parle ici que des seuls malades que j'ai redressés depuis près de 2 ans.)

b) Non encore redressés. 8

En résumé, 203 coxalgies, mais seulement 186 coxalgiques (certains malades figurant dans deux groupes),
dont 182 guéris ou en voie de guérison ;
et 4 morts, 3 de méningite,
1 d'urémie.

Dans ce chapitre se trouve exposée la statistique complète des coxalgies que nous avons soignées depuis près de deux ans dans nos hôpitaux de Berck ou dans la ville.

Ce n'est que depuis près de deux ans en effet que nous avons remplacé l'extension continue par l'immobilisation absolue dans le traitement de la coxalgie non suppurée.

C'est à peu près à cette même date que nous avons commencé à adopter pour la majeure partie des abcès fermés de la coxalgie le traitement par les ponctions et les injections de naphtol camphré à la place de l'extirpation radicale.

En outre, tandis que jusqu'alors nous avons réséqué plus de moitié des coxalgies fistuleuses qui se présentaient à nous, depuis cette date, nous avons écarté la résection autant que possible, traitant par les méthodes conservatrices aidées de petites interventions les formes avancées de la maladie, et réservant la résection pour les malades dont la vie était immédiatement en danger et ne pouvait être sauvée que par cette opération.

Enfin, c'est également depuis ce moment que nous appliquons à toutes les déviations et à toutes les difformités que laisse après elle la coxalgie, le traitement par la méthode du redressement forcé dont la technique a été modifiée par nous de manière à rendre l'application de cette méthode possible et efficace dans tous les cas groupés sous le diagnostic « d'ankyloses vicieuses de la hanche consécutives à la coxalgie vraie ».

Il importe de faire connaître le mode de recrutement de nos malades.

Lorsque Cazin, en 1876, est venu apporter à la tribune de la Société de chirurgie la statistique des coxalgies suppurées qu'il avait traitées à Berck, Lannelongue prit la parole pour faire remarquer que les heureux résultats de Cazin trouvaient leur explication dans ce chapitre du règlement qui commandait de n'envoyer à Berck que les enfants susceptibles de guérir, les autres, les très malades, restant à Paris....

Cette remarque est peut-être fondée en ce qui regarde les coxalgiques soignés à l'hôpital administratif, mais n'est pas exacte pour ce qui concerne l'hôpital Rothschild, l'hôpital Cazin-Perrochaud et les autres établissements hospitaliers dont nous avons la direction chirurgicale. Là ont été reçus depuis ces dernières années, sans hésitation, les coxalgies les plus graves et les plus avancées dans leur évolution. Je puis même ajouter que c'est surtout les formes les plus sérieuses que l'on nous y conduit, les autres enfants étant soignés tant bien que mal dans leur famille, à Paris ou en province ou à l'étranger. Les coxalgiques sont venus assez nombreux des pays voisins; nous avons encore en ce moment à l'hôpital Cazin-Perrochaud des enfants venus de Suisse et d'Espagne.... L'on conçoit que ce ne sont pas

les coxalgies bénignes, faciles à guérir, que l'on envoie de ces pays à Berck.

Tous les coxalgiques, quelque gravement atteints qu'ils fussent, ont été admis à l'exception de deux; et pour ceux-là, le refus d'admission a été motivé non par la forme de la coxalgie, mais par la coexistence d'une lésion pulmonaire au troisième degré; car les lésions pulmonaires avancées sont une contre-indication au séjour de Berck.

C'est pour les raisons que nous venons d'exposer que les coxalgies suppurées et fistuleuses entrent pour une proportion très grande dans notre statistique : ces coxalgiques étant arrivés à Berck à la période de l'abcès et de la fistule.

Nous avons divisé nos malades en quatre groupes :

Le premier groupe comprend les coxalgies non suppurées, au nombre de 97.

Le deuxième, les coxalgies suppurées avec abcès fermé, au nombre de 49.

Le troisième, les coxalgies fistuleuses, au nombre de 33.

Le quatrième, enfin, les coxalgiques « guéris », avec des difformités : redressés déjà ou à redresser prochainement, au nombre de 24.

1° Coxalgies non suppurées : **97**.

a) Avec attitude vicieuse : **82**.

b) Sans attitude vicieuse : **15**.

Les premières ont été traitées par le redressement fait en une seule séance, sous le chloroforme ; et la contention a été faite par l'appareil plâtré.

Les autres ont été immobilisées, soit dans un appareil plâtré (7), soit dans une gouttière Bonnet (6) ; ces derniers étaient des enfants de la ville pour qui les parents m'ont demandé de conserver le traitement par la gouttière, déjà institué ; il en est même deux chez qui j'ai conservé l'extension continue appliquée par d'autres chirurgiens ; ceux-ci m'en ayant fait la demande et ces deux cas très bénins me paraissant susceptibles de guérir par l'immobilisation relative que procure l'extension continue bien faite et bien surveillée.

Sur ces 97 enfants, il en est 62 qui sont déjà guéris et remis sur pied et les autres encore couchés, mais sans complication à l'heure actuelle. Chez 4 d'entre eux s'est produit, malgré l'immobilisation, un abcès ; mais chez 3 de ces malades existaient déjà au moment de l'application de l'appareil, un empâtement fongueux considérable ou des douleurs aiguës, intolérables...,

si bien que je serais tenté de dire que chez ces 3 enfants l'abcès était déjà en voie de formation et que l'immobilisation a été impuissante à le faire avorter....

Mais loin de moi la pensée de vouloir forcer les résultats, et j'accorde que chez 4 coxalgiques sur 97 nous n'avons pas pu empêcher la suppuration de se produire.

Il en est un cinquième que nous avons perdu de méningite trois mois après le redressement suivi de l'immobilisation dans l'appareil plâtré. Et cependant le redressement avait été très facile et très court et le malade s'était bien trouvé de l'application de l'appareil.

Personne, ce me semble, n'est en droit d'affirmer que l'éclosion de cette méningite est imputable aux manœuvres du redressement, bien que certains auteurs aient voulu attribuer au redressement une influence fâcheuse à ce point de vue. Par contre, n'y a-t-il pas 81 de ces enfants chez qui le redressement s'est fait sans qu'on ait pu remarquer dans les mois suivants le plus petit incident? Et ne sait-on pas, d'autre part, que la méningite peut éclater spontanément, sans cause occasionnelle, chez tous les coxalgiques?

Quant au résultat orthopédique, il est parfait au point de vue de la forme et de la longueur du membre; il ne pouvait en être autrement

avec l'emploi d'un appareil plâtré mis en bonne position et bien construit.

Les enfants qui marchent déjà conservent sans doute de la raideur de la hanche; mais cette raideur se concilie avec quelques mouvements, et chez certains de ces enfants la boiterie n'est pas appréciable.

Nous ne faisons du reste à peu près rien pour développer les mouvements de la hanche enraidie — et nous avons donné au cours de cet ouvrage la raison de notre conduite. Rappelons que cette réserve est l'une des conditions qui permettent d'éviter presque toujours les rechutes.

Cependant, malgré toutes nos précautions, nous avons observé cette rechute chez deux de nos malades. Mais dès qu'ils ont accusé quelques douleurs — c'est par des douleurs à caractère névralgique que s'est traduite la rechute chez tous les deux — nous les avons presque immédiatement (dès le surlendemain) soumis de nouveau à un traitement très rigoureux. Il n'est pas survenu d'abcès ni chez l'un ni chez l'autre de ces deux malades.

2° Coxalgies suppurées (avec abcès fermé) : **49**.

7 fois l'abcès a guéri par résorption.

26 ont été taris par les ponctions et les injections de naphtol camphré.

2 par les injections de glycérine iodoformée.

10 ont été traités et guéris par l'extirpation complète;

et 4 se sont terminés, malgré tous nos efforts, par des fistules : 2 quelques jours après l'entrée du malade à l'hôpital; 1 à la suite d'un traitement de deux mois par les injections de naphtol, 1 à la suite d'une tentative d'ablation complète.

La technique de ces injections et de ces interventions sanglantes est connue, ayant été déjà longuement exposée. Nous n'y reviendrons pas.

Quatre de ces malades ayant des attitudes vicieuses anciennes de plusieurs mois, nous avons remis la date de leur redressement jusqu'à ce que fût obtenue la guérison de l'abcès.

Nous n'avons perdu aucun des malades de cette deuxième série. — Et les résultats orthopédiques des maladies guéris sont excellents; nous en avons déjà fait mention.

3° Coxalgies fistuleuses : 33.

a) Dix-huit sont cicatrisées à l'heure actuelle :

Onze ayant guéri sous l'influence des pansements antiseptiques et de la contention du membre;

Sept s'étant cicatrisées à la suite d'injections de naphtol camphré (par le petit procédé que nous avons signalé) ou à la suite de petites interventions (curettages du trajet fistuleux et grattages articulaires).

b) Chez dix les fistules ne sont pas encore taries.

c) Une est morte et a succombé à des accidents urémiques. Cette enfant était venue avec un léger nuage d'albumine dans l'urine. Mais l'albumine avait disparu en même temps que la fièvre après trois mois de pansements antiseptiques; puis les accidents fébriles et l'albumine étaient réapparus. La fièvre étant tombée et la suppuration étant devenue presque nulle, je n'avais pas cru devoir la réséquer. Son état était relativement satisfaisant lorsque sont survenus des symptômes urémiques qui ont emporté cette enfant en dix jours; et je ne crois pas que la résection l'aurait mise à l'abri de cette complication.

d) Quatre ont subi la résection (je rappelle que je parle ici seulement des coxalgies que j'ai traitées depuis près de deux ans et des résections typiques que j'ai faites depuis cette date).

Voici le sort de ces quatre réséqués :

Deux sont guéris.

Un suppure encore, bien que la résection date de plus d'une année.

Un était guéri de son opération lorsqu'il a été emporté onze mois après l'intervention par une méningite.

Les résultats orthopédiques sont différents chez les deux qui marchent déjà; l'un a une jambe mal fixée et boite d'une façon très disgracieuse. L'autre a une jambe solide, et chez lui, la boiterie est peu appréciable. Ils présentent un raccourcissement de 1 centimètre et demi et 3 centimètres; mais l'on peut affirmer, étant donné leur âge, que ce raccourcissement deviendra ultérieurement bien plus considérable.

De ces enfants réséqués par moi, je veux rapprocher neuf enfants réséqués par d'autres chirurgiens que j'ai eu l'occasion de voir et de soigner depuis deux ans.

Trois sont venus avec de la dégénérescence amyloïde, déjà avancée, des viscères et sont morts.

Un a succombé à la méningite.

Et chez les cinq autres, dont deux suppurent encore tandis que les trois derniers ont vu leurs plaies se fermer ici, le résultat orthopédique est mauvais.

Deux ont des jambes assez solides, mais des raccourcissements de 7 centimètres et de 11 centimètres et demi, et ce raccourcissement ne fera qu'augmenter; et trois ont des jambes en fléau, non fixées suffisamment pour supporter

le poids du corps. Il n'y en a pas un chez qui le résultat soit comparable à ceux que laisse le traitement conservateur....

Sans doute, ces résultats ne représentent pas exactement la moyenne des résultats de la résection de la hanche, et ce n'est que parce que ces opérés étaient en mauvais état qu'ils sont venus à Berck. Mais l'on a vu au chapitre consacré à l'étude de la résection que cette moyenne des résultats orthopédiques laissés par cette opération est mauvaise.

4° Coxalgiques « guéris » avec des difformités : 24.

Il y en a seize qui ont été traités par la méthode du redressement forcé, d'après la technique exposée dans le dernier chapitre de cet ouvrage.

Dix sont déjà remis sur pied et cinq sont encore couchés et immobilisés dans le grand appareil plâtré.

De ceux-ci nous ne parlerons pas, ne voulant pas préjuger le résultat définitif.

Les premiers, qui présentaient des raccourcissements de 12, 15, 20, 25 centimètres depuis plusieurs années, ont vu leur raccourcissement réduit à 2, à 4 centimètres en moyenne, et leur boiterie à peu près supprimée. Mais l'on trou-

vera de longs détails sur ces malades dans le chapitre XIV.

Nous n'avons jamais observé d'abcès chez ces enfants redressés sans le secours de la ténotomie.

Mais nous en avons perdu un de méningite deux mois et demi après l'opération.

Encore ici il est impossible d'établir, ce me semble, qu'aux manœuvres du redressement doive être imputée l'éclosion de cette méningite.

Enfin huit des malades de ce groupe ne sont pas encore redressés, mais le seront prochainement.

En résumé, sur 186 malades, nous en avons perdu 4.

Trois sont morts de méningite. Je dirai que c'est la cause de mort la plus fréquente pour les coxalgiques; et malheureusement ce danger est impossible à conjurer. Tous les coxalgiques, qu'ils aient subi ou non une opération, y sont exposés.

Le quatrième décès est imputable à des accidents urémiques. Nous avons discuté ce cas de mort[1].

1. Au moment où nous corrigeons les épreuves de ce livre, nous venons de perdre une cinquième malade qui a succombé non pas à la tuberculose de la hanche, mais à une maladie intercurrente.

Il s'agissait d'une fillette de trois ans qui avait été frappée à l'âge de seize mois d'une coxalgie suppurée à forme grave,

Donc la mortalité est minime : à peine 2 1/2 pour 100.

Quant aux résultats orthopédiques obtenus par notre méthode, conservatrice à outrance, il n'est pas nécessaire de démontrer à nouveau qu'ils sont supérieurs à ceux que laissent les grandes interventions....

déjà fistuleuse lorsqu'elle est arrivée à Berck. Sous l'influence du séjour de Berck, l'état général et l'état local se sont rapidement transformés, et nous escomptions déjà sa guérison, en apparence très prochaine, lorsque a éclaté subitement une ostéomyélite foudroyante au niveau de l'extrémité *inférieure* du fémur du côté malade.

Cette ostéomyélite à gros staphylocoques et à streptocoques (examen fait par le Dr Pierre, chef du laboratoire de bactériologie du dispensaire de Berck), a, dans l'espace de quarante-huit heures, frappé de mort les trois quarts inférieurs de la diaphyse fémorale. Quatre couronnes de trépan appliquées par nous jusque dans la cavité médullaire de l'os n'ont pas pu le sauver. Mon cher maître, le professeur Berger, à qui j'ai montré à ce moment la petite malade, m'a conseillé d'*enlever la totalité du fémur* et de gratter les surfaces articulaires de l'os iliaque et du tibia, ce que j'ai fait : opération qui n'a jamais été pratiquée en France, que je sache, et a été faite une seule fois à l'étranger. Je n'ai pas besoin d'insister sur la gravité du traumatisme; mais la petite malade n'a pas perdu une cuillerée de sang et grâce à cela, elle n'a présenté qu'un choc post-opératoire très léger....

Elle était bien remise de cette terrible opération, lorsque s'est produite une localisation sur les reins de l'infection à staphylocoques et à streptocoques; et *vingt-deux jours après l'ablation de la totalité du fémur*, elle a été subitement emportée par une apoplexie séreuse, de nature urémique...

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

SOMMAIRE. — Si la coxalgie est réputée plus grave que les autres tumeurs blanches, c'est parce qu'elle est plus mal soignée.

Pourquoi les médecins sont si peu familiers avec le traitement de la coxalgie; c'est que les spécialistes ne s'entendent sur presque aucun des points essentiels du traitement.

Ayant étudié et appliqué les diverses méthodes, nous indiquerons celles qui nous ont donné, aux diverses périodes de la maladie, les résultats les meilleurs.

Supériorité du traitement par nous adopté et modifié prouvée par nos statistiques, qu'il est permis de contrôler à l'hôpital Rothschild et à l'hôpital Cazin-Perrochaud de Berck. 5

CHAPITRE I

Considérations générales sur le traitement de la coxalgie.

SOMMAIRE. — La coxalgie vraie est une tuberculose de la hanche.

Les chirurgiens ont voulu faire l'extirpation immédiate du foyer tuberculeux.

Mécomptes des résections précoces.

Insuffisance des injections intermittentes destinées à éteindre le foyer morbide.
Le seul traitement orthopédique peut conduire à la guérison.
La tuberculose a une tendance naturelle à guérir dans certaines conditions.
Le traitement local et le traitement général auront pour objectif de faire naître et de développer ces conditions.
Le traitement local devra s'occuper en outre des modifications de forme, d'attitude et de fonctions que la coxalgie peut amener dans le membre inférieur. 17

CHAPITRE II

Prophylaxie de la coxalgie chez les enfants prédisposés.

SOMMAIRE. — On ne peut guère que poser la question dans l'état actuel de la science.
C'est d'abord la prophylaxie de la tuberculose en général.
D'une enquête personnelle faite pour établir d'une manière précise les causes prochaines de la coxalgie, il ressort que : 1° les traumatismes de la région de la hanche, coups et chutes; 2° le surmenage physique des enfants (exercices de gymnastique chez les grands, marche précoce chez les tout petits) expliquent très souvent la localisation de la tuberculose à la hanche.
Mais, assez fréquemment, la coxalgie succède à une autre maladie : fièvre éruptive, rougeole surtout, et la raison de cette localisation spéciale de la tuberculose nous échappe. 28

CHAPITRE III

Traitement général.

SOMMAIRE. — Le traitement général, sans dominer la thérapeutique de la coxalgie comme le voulaient nos pères, présente une importance capitale.

Il peut être concilié avec le traitement local le plus sévère, même avec le repos au lit et l'immobilisation absolue, quoi qu'en aient dit les Américains. Le traitement général consiste : 1° dans l'emploi de quelques médicaments : huile de foie de morue, etc.; 2° dans une alimentation saine, abondante; 3° dans l'observance d'une bonne hygiène; 4° dans le choix d'un climat et d'une localité.

Valeur du séjour de Berck pour les coxalgies.

Pourquoi le danger de contagion de la tuberculose est nul à Berck. 44

CHAPITRE IV

Traitement de la coxalgie à la période d'incubation.

SOMMAIRE. — La coxalgie a une période d'incubation qui est généralement de plusieurs mois et peut être, dans certains cas, de plusieurs années.

Cette période n'est pas toujours absolument latente. Une douleur nocturne, fugace, siégeant dans l'aine ou dans le genou.

Ou une boiterie apparue sans raison apparente et disparaissant après quelques heures ou quelques jours.

Ou encore une sensation de fatigue apparue sans cause appréciable, doivent faire penser à l'existence possible d'une coxalgie à la période d'incubation.

Cette présomption est d'autant plus fondée qu'il s'agit d'un enfant plus délicat.

En agissant immédiatement comme s'il y avait une coxalgie et en surveillant l'enfant pendant plusieurs mois (ce qui ne peut avoir aucun inconvénient), on peut en ce moment faire avorter la coxalgie. 68

CHAPITRE V

Le traitement local.

EXPOSÉ DES PRINCIPES QUI DOIVENT NOUS GUIDER DANS LE TRAITEMENT LOCAL DE LA COXALGIE.

SOMMAIRE. — L'indication est de chercher les moyens qui peuvent empêcher la progression du foyer tuberculeux et l'éteindre.

S'inspirer de l'étiologie et de la pathogénie de la coxalgie. Influence particulièrement fâcheuse de la pression du tronc sur les surfaces articulaires, et de la mobilité de la jointure.

Double indication de soumettre le coxalgique à la position couchée et à l'immobilisation absolue de la hanche malade.

Discussion sur la valeur de la méthode de l'extension continue; ses origines, son mode d'action.

Son efficacité dans certains cas vient de ce qu'elle assure une immobilisation relative de la hanche; mais, de là aussi son insuffisance dans les cas rebelles et la supériorité de l'immobilisation absolue qui a une portée plus générale et remplit d'une manière plus parfaite toutes les indications.

Supériorité de l'immobilisation absolue prouvée aussi par l'observation et la clinique. 79

CHAPITRE VI

Moyens de faire l'immobilisation absolue dans la coxalgie.

SOMMAIRE. — La gouttière Bonnet ne suffit que dans les formes bénignes; n'empêche pas les déviations dans les cas rebelles.

Seul le grand appareil plâtré embrassant toute la circonférence du tronc et le membre inférieur malade, assure cette immobilisation absolue.

L'appareil devra remplir trois conditions : 1° il sera construit avec une matière immédiatement solidifiable, c'est-à-dire en plâtre; 2° il doit être très grand; 3° il doit se mouler très exactement sur les parties qu'il embrasse.
Manière de construire un bon appareil plâtré.
Avantages et inconvénients du grand appareil.
Il est difficile d'arriver à immobiliser bien complètement la hanche; et c'est parce que cette immobilisation a été souvent mal faite et a par suite donné des résultats médiocres, que la méthode a été condamnée par plusieurs qui lui ont attribué des échecs dont ceux qui l'appliquaient étaient seuls responsables. 107

CHAPITRE VII

Examen des divers cas qui se présentent en clinique.

Premier cas.

COXALGIE AU DÉBUT, SANS ATTITUDE VICIEUSE.

SOMMAIRE. — Deux indications : (*a*) éteindre le foyer tuberculeux de la hanche; (*b*) prévenir les déviations.
Le meilleur moyen de remplir ces deux indications, c'est d'appliquer un bandage plâtré qui maintient la hanche et permet de faire la compression de la région malade. C'est donc la méthode de choix.
Mais on peut conserver pour ces cas la gouttière de Bonnet ou même l'extension continue.
Durée variable d'un traitement sévère suivant les cas; ce n'est que quatre à six mois après la disparition de toute manifestation clinique qu'on pourra mettre le malade sur pied. 131

CHAPITRE VIII

Deuxième cas.

COXALGIES AU DÉBUT AVEC ATTITUDES VICIEUSES. COXALGIES DOULOUREUSES.

SOMMAIRE. — Deux indications à remplir : 1° Supprimer l'attitude vicieuse; 2° rechercher comme précédemment l'extinction du foyer tuberculeux. L'attitude vicieuse est, au début de la coxalgie, produite par la contracture des muscles de la région de la hanche et sa correction peut être obtenue par tous les moyens capables de supprimer ce spasme musculaire.

Pour les déviations quelque peu anciennes l'intervention chirurgicale faite sous le chloroforme est indispensable.

Le redressement brusque avec anesthésie, seul efficace contre les déviations anciennes et rebelles, est encore la méthode de choix pour les attitudes vicieuses au début.

Technique du redressement forcé.

A la suite du redressement la contention est parfaitement assurée par l'appareil plâtré.

Celui-ci a encore l'avantage de remplir la deuxième indication, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent.

L'appareil plâtré est en outre souverain contre la douleur de la coxalgie. 139

CHAPITRE IX

Troisième cas.

COXALGIE AVEC ABCÈS (MAIS AVEC ABCÈS NON OUVERT) AVEC OU SANS ATTITUDE VICIEUSE.

SOMMAIRE. — Traitement de l'attitude vicieuse.

Dans les cas où existe une attitude vicieuse, si celle-ci est très facile à corriger, faire immédiatement cette correction, puis appliquer un appareil plâtré; l'on fait ensuite le traitement des abcès. Si le redressement devait nécessiter des

efforts trop violents, y renoncer pour l'instant et s'occuper actuellement de l'abcès.
On fera le redressement plus tard, à la période de guérison.
Traitement de l'abcès fermé.
Se garder par-dessus tout d'ouvrir cet abcès comme le font encore certains chirurgiens.
La coxalgie suppurée n'est grave que lorsque la suppuration s'est fait jour à l'extérieur.
Au contraire l'on peut obtenir dix-neuf fois sur vingt la guérison rapide de l'abcès non ouvert.
Merveilleuse efficacité des injections répétées de naphtol camphré et de glycérine iodoformée. C'est le traitement de choix.
Technique de la méthode des injections intra-cavitaires.
Ce n'est que dans les cas où cette méthode a échoué ou n'est pas applicable, que l'on fera l'extirpation complète de l'abcès.
Manuel opératoire de l'ablation complète.
Le traitement de l'abcès doit être concilié avec l'immobilisation de la hanche dont la nécessité s'impose pendant toute la période active de la maladie. 148

CHAPITRE X

Quatrième cas.

TRAITEMENT DE LA COXALGIE A LA PÉRIODE DES FISTULES, AVEC OU SANS ATTITUDES VICIEUSES.

SOMMAIRE. — S'occuper d'abord de la fistule. L'on corrigera plus tard l'attitude vicieuse.
En attendant, faire la contention du membre.
L'existence d'une ou de plusieurs fistules est pour beaucoup de chirurgiens une indication pressante de faire la résection de la hanche.
C'est une opinion funeste à combattre.
L'on peut guérir presque toutes, sinon toutes les fistules.
Pour y arriver il faut faire l'antisepsie la plus rigoureuse.
La raison de la gravité des fistules se trouve, en effet, dans

les infections surajoutées (à staphylocoques et à streptocoques) qu'on aurait pu éviter avec une bonne antisepsie.

Lorsque la fistule tarde à se fermer, le chirurgien fera des injections modificatrices, des curettages du trajet, l'extirpation complète de la paroi de la cavité fistuleuse.

La guérison sera obtenue par ce dernier moyen après une ou plusieurs interventions, mais, *dans tous les cas*, s'il s'agit d'une fistule indépendante de la jointure.

Les fistules communiquant avec la jointure ont un pronostic plus sérieux.

Souvent la contention bien faite transforme une fistule dépendante de l'articulation en une fistule indépendante par la formation de processus adhésifs dans la profondeur, alors le traitement précédent suffit.

Dans le cas contraire, faire des curettages, des petits grattages et une bonne antisepsie et s'armer de patience.

L'on arrivera tôt ou tard à la guérison par ces petits moyens.

La durée de la suppuration n'est pas une raison suffisante de faire la résection.

L'abondance de la suppuration pas davantage; si l'on a soin de bien drainer la hanche, cette suppuration n'est jamais un danger.

La durée et l'abondance de la suppuration n'amènent peut-être jamais la dégénérescence viscérale lorsqu'elles ne se compliquent pas de fièvre.

La fièvre traduit la résorption septique, c'est le grand danger.

Ne pas avoir de trêve avant que la fièvre soit tombée.

Pour cela, faire de l'antisepsie, des drainages multiples, et si l'on ne peut pas arriver ainsi à la supprimer, en venir à la résection de la hanche.

La persistance de la fièvre est la seule indication à la nature de la résection. 170

CHAPITRE XI

De la résection de la hanche.

SOMMAIRE. — Indications de la résection.

Grandes divergences à ce sujet entre les divers chirurgiens:

1° Les uns résèquent avant l'apparition du pus.
Ils sont de moins en moins nombreux.
Ollier résèque les coxalgies très douloureuses avant l'apparition du pus.
2° D'autres attendent la présence du pus.
3° D'autres (la plupart) ne font la résection que pour les coxalgies fistuleuses.
Mais, tandis que les uns n'attendent pas un seul jour, les autres attendent quelques mois ou un an.
Pour eux, l'indication se tire de la longue durée de la fistule.
Indication tirée de l'abondance de la suppuration.
Indication tirée des accidents généraux, de la fièvre surtout.
Pour examiner une question aussi controversée, il faut examiner : 1° Ce que l'on peut sans la résection dans les divers cas.
La réponse se trouve dans les chapitres précédents.
2° Ce que peut la résection : (*a*) pour l'avenir, pour conjurer la généralisation tuberculeuse et prévenir les récidives locales; (*b*) pour avoir raison des accidents présents, soit locaux, c'est-à-dire suppuration ancienne et abondante et ses dangers; soit généraux : intoxication de l'organisme, déchéance de l'organisme, danger pour la vie; (*c*) danger de l'opération elle-même.
Les résultats au point de vue orthopédique.
La résection ne supprime pas le danger de la généralisation de la tuberculose.
Il n'est pas démontré qu'elle soit d'une manière générale plus avantageuse que l'arthrotomie et les curettages articulaires contre les suppurations anciennes et abondantes. Et d'autre part, elle laisse, au point de vue orthopédique, des résultats toujours inférieurs à ceux du traitement conservateur et trop souvent de véritables infirmités, pour que l'on ne doive pas chercher par tous les moyens à l'éviter.
Il faut l'éviter dans tous les cas où l'intérêt vital du malade n'est pas en jeu.
La vie du malade n'est en danger que lorsqu'il y a de la fièvre. 194

CHAPITRE XII

Manuel opératoire de la résection de la hanche. — Traitement consécutif. — Résultats immédiats et éloignés.

SOMMAIRE. — Nécessité de l'antisepsie la plus rigoureuse pour prévenir, au cours de l'opération, l'inoculation de toute la région de la hanche et la diffusion des processus tuberculeux et des infections secondaires dans les tissus jusqu'alors indemnes.

L'incision antéro-externe, allant de l'épine iliaque antéro-supérieure au milieu de la face externe du grand trochanter, présente trois avantages principaux : 1° éviter toute perte de sang; 2° elle permet d'arriver immédiatement sur la tête et le col du fémur et de faire une exploration complète de la région malade; 3° passant dans l'interstice du moyen fessier et du tenseur du facia-lata, elle ménage tous les muscles de la région, ce qui a une importance considérable pour le résultat orthopédique de la résection.

L'on assurera le drainage de la région en faisant une contre-ouverture au niveau de l'angle postérieur du grand trochanter.

Cette technique est non seulement le premier temps de la résection, mais encore la technique des arthrotomies exploratrices suivies de curettages articulaires.

Si la résection est jugée nécessaire, on commence par enlever la tête et le col, avec le ciseau à froid et le maillet, puis on fait l'examen de la cavité cotyloïde dont on résèque le fond si c'est nécessaire, ensuite on fait l'examen du fémur et la résection de la hauteur voulue en plusieurs temps par l'ablation de petites rondelles osseuses, ce qui est plus économique.

En vue du résultat orthopédique, conserver aussi intégralement que possible le périoste et tous les tissus mous de la région, ce qui entraîne l'obligation de garder des tissus suspects et empêche de rechercher la réunion immédiate.

Nécessité de faire une hémostase parfaite au cours de l'opération.

C'est grâce à cette précaution et à une bonne antisepsie que la gravité immédiate de la résection la plus large deviendra presque nulle.
Du traitement consécutif.
Nécessité d'un appareil faisant une bonne compression du membre.
Résultats immédiats.
Résultats éloignés. 217

CHAPITRE XIII

Traitement de la convalescence de la coxalgie.

SOMMAIRE. — Pourquoi les rechutes sont si fréquentes.
L'on a négligé le traitement général en ramenant les coxalgiques dans un mauvais milieu, ou bien on a abandonné le traitement local trop tôt.
Il faut bien savoir qu'à partir du jour où le foyer morbide paraît éteint cliniquement, il s'écoulera plusieurs mois ou même plusieurs années avant qu'il soit éteint anatomiquement, c'est-à-dire réellement. Il y a donc, après comme avant la période clinique, une période latente de la coxalgie généralement très longue.
Ne lever le malade qu'après avoir attendu six mois au moins depuis la disparition complète de toutes manifestations cliniques.
Le surveiller de très près lorsqu'il fera ses premiers pas, lui appliquer un appareil silicaté pour immobiliser relativement la hanche et atténuer ainsi la fâcheuse influence du fonctionnement de la jointure.
Pour atténuer la mauvaise influence de la pression du corps sur les surfaces articulaires pendant la marche et la station debout, faire porter des béquilles aux grands enfants et placer les tout petits dans un chariot spécial.
Faire des massages des masses musculaires atrophiées, mais ne pas chercher à développer les mouvements de la jointure.
Se contenter de ceux que le coxalgique a retrouvés spontanément. 230

CHAPITRE XIV

Traitement des déviations et raccourcissements consécutifs à la coxalgie.

SOMMAIRE. — Ces raccourcissements et ces déviations ne peuvent exister, quelles qu'aient été la forme, la durée, la gravité de la coxalgie, que si le traitement orthopédique a été mal dirigé ou abandonné trop tôt.

Lorsqu'on rencontre ces difformités avant que la coxalgie soit guérie, les corriger immédiatement si l'on ne court pas de risques à le faire.

Mais, s'il s'agit de déviations anciennes consécutives à des coxalgies suppurées, attendre avant d'intervenir que la cicatrisation et la guérison de la maladie soient complètes.

A toutes ces difformités nous appliquons un traitement uniforme : le redressement forcé.

C'est le traitement idéal lorsqu'il est applicable.

Or, nous avons pu l'appliquer à tous les malades qui se sont présentés avec le diagnostic « ankyloses vicieuses de la hanche »; c'est que l'ankylose vraie, la soudure complète des os de la hanche, n'existe peut-être jamais à la suite de la coxalgie tuberculeuse.

Cette méthode est de toutes la plus inoffensive et la plus efficace.

Résultats obtenus dans les raccourcissements de 15 à 30 centimètres existant depuis cinq, six, sept ans. 241

CHAPITRE XV

SOMMAIRE. — Appendice.

Statistique de toutes les coxalgies soignées par nous depuis près de deux ans. 278

31329. — Imprimerie LAHURE, rue de Fleurus, 9, à Paris.